

# KENMERKEN VAN MULTIFAMILIE GROEPEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De publicatie 'Kenmerken van multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg' presenteert een uitgebreid onderzoek naar multifamilie groepen in Italië, België, Spanje en Portugal. Dit volume bevat de resultaten van de eerste fase van het project 'The Multifamily Groups in Mental Health' (FA.M.HE.), financieel ondersteund door de Europese Unie via het Erasmus+ programma.

Vijf projectpartners werkten mee aan de ontwikkeling: de 'Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina' in Lissabon, die optrad als onderzoekscoördinator, het 'Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare' en de 'Azienda Sanitaria Locale Roma1' in Rome, de 'Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar' in Bilbao, en het UPC Z.ORG KU Leuven in Kortenberg.

© 2021-2024 door FA.M.HE. Project "De steun van de Europese Commissie voor de productie van deze publicatie houdt geen goedkeuring in van de inhoud, die uitsluitend de standpunten van de auteurs weergeeft, en de Commissie kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor het gebruik dat eventueel wordt gemaakt van de informatie die erin is vervat.

## INHOUDSTAFEL

<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ONDERZOEKSOPZET .....</b>	<b>7</b>
<b>3. VERSLAG VAN ITALIË .....</b>	<b>10</b>
3.1. <i>ITALIAANSE SITUATIE .....</i>	<i>10</i>
3.2. <i>VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG .....</i>	<i>11</i>
3.2.1. Institutionele/organisatorische context .....	11
3.2.2. Karakteristieken .....	11
3.2.3. Begeleiding .....	11
3.2.4. Deelnemers .....	12
3.2.5. Structuur en werking .....	12
3.2.6. Doorverwijzing .....	13
3.3. <i>FOCUSGROEPEN .....</i>	<i>13</i>
3.3.1. Focusgroepen met MFG-begeleiders .....	13
3.3.2. Focusgroepen met MFG-gebruikers .....	15
3.3.3. Conclusies van de focusgroepen .....	16
3.4. <i>BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK .....</i>	<i>17</i>
3.5. <i>CONCLUSIES .....</i>	<i>17</i>
<b>4. VERSLAG VAN BELGIË .....</b>	<b>19</b>
4.1. <i>BELGISCHE SITUATIE .....</i>	<i>19</i>
4.2. <i>VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG .....</i>	<i>20</i>
4.2.1. Institutionele/organisatorische context .....	20
4.2.2. Karakteristieken .....	21
4.2.3. Begeleiding .....	21
4.2.4. Deelnemers .....	22
4.2.5. Structuur en werking .....	22
4.2.6. Doorverwijzing .....	23
4.3. <i>FOCUSGROEPEN .....</i>	<i>23</i>
4.3.1. Focusgroepen met MFG-begeleiders .....	23
4.3.2. Grote experimentele groep met potentiële MFG-gebruikers .....	28
4.3.3. Conclusies van de focusgroepen .....	29
4.4. <i>BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK .....</i>	<i>30</i>
4.5. <i>CONCLUSIES .....</i>	<i>31</i>
<b>5. VERSLAG VAN SPANJE .....</b>	<b>33</b>
5.1. <i>SPAANSE SITUATIE .....</i>	<i>33</i>
5.2. <i>VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG .....</i>	<i>33</i>
5.2.1. Institutionele/organisatorische context .....	33
5.2.2. Karakteristieken van de MFG .....	34
5.2.3. Begeleiding .....	34
5.2.4. Deelnemers .....	35

5.2.5.	Structuur en werking .....	35
5.2.6.	Doorverwijzing.....	36
5.3.	<i>FOCUSGROEPEN</i> .....	37
5.3.1.	Focusgroepen met MFG-begeleiders .....	37
5.3.2.	Focusgroepen met MFG-gebruikers .....	39
5.3.3.	Conclusies van de focusgroepen .....	40
5.4.	<i>BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK</i> .....	41
5.5.	<i>CONCLUSIES</i> .....	41
<b>6.</b>	<b>VERSLAG PORTUGAL</b> .....	<b>43</b>
6.1.	<i>PORTUGESE SITUATIE</i> .....	43
6.2.	<i>VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG</i> .....	44
6.2.1.	Institutionele/organisatorische context .....	45
6.2.2.	Karakteristieken.....	45
6.2.3.	Begeleiding .....	46
6.2.4.	Deelnemers .....	46
6.2.5.	Structuur en werking .....	46
6.2.6.	Doorverwijzing.....	47
6.3.	<i>FOCUSGROEPEN</i> .....	47
6.3.1.	Focusgroepen met MFG-begeleiders .....	47
6.3.2.	Focusgroepen met MFG- gebruikers .....	49
6.3.3.	Conclusies van de focusgroepen .....	51
6.4.	<i>BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK</i> .....	56
6.5.	<i>CONCLUSIES</i> .....	57
<b>7.</b>	<b>RESULTATEN VERGELIJKENDE ANALYSE</b> .....	<b>59</b>
7.1.	<i>VRAGENLIJST: ANALYSE</i> .....	59
7.1.1.	Het onderzoek: Doel, cognitieve doelstellingen en methodologie .....	60
7.1.2.	Onderzoek van de onderzoeksgegevens in de vier EU-landen.....	61
7.1.3.	Het profiel van multifamilie groepen (MFG's).....	61
7.1.4.	Kenmerken van personen die deelnemen aan MFG's.....	67
7.1.5.	Kenmerken van de multifamilie groep .....	70
7.1.6.	Vergelijkende lezing tussen de MFG's van verschillende landen .....	75
7.1.4.	Enkele slotoverwegingen.....	78
7.2.	<i>FOCUSGROEPEN</i> .....	79
7.2.1.	Kader van de focusgroepen .....	79
7.2.2.	Planning en methodologie van de focusgroepen .....	80
7.2.3.	Resultaten en conclusies van de focusgroepen.....	83
7.3.	<i>BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK</i> .....	84
7.3.1.	Nationale en internationale methodologie .....	84
7.3.2.	Kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de resultaten in de taal van de partners .....	85
7.3.3.	Internationaal bibliografisch onderzoek.....	87
7.4.	<i>EINDCONCLUSIES</i> .....	89
<b>BIJLAGEN</b>	.....	<b>93</b>

<b>BIJLAGE 1 - Italiaanse en internationale bibliografie vertaald in het Italiaans .....</b>	<b>93</b>
<b>BIJLAGE 2 - Belgische bibliografie (Frans).....</b>	<b>96</b>
<b>BIJLAGE 3 - Belgische bibliografie (Nederlands) .....</b>	<b>100</b>
<b>BIJLAGE 4 - Spaanse bibliografie .....</b>	<b>102</b>
<b>BIJLAGE 5 - Portugese bibliografie .....</b>	<b>106</b>
<b>BIJLAGE 6 - Internationale bibliografie.....</b>	<b>110</b>
<b>BIJLAGE 7 - Vragenlijst .....</b>	<b>114</b>
<b>BIJLAGE 8 - Classificatietabellen voor bibliografisch onderzoek .....</b>	<b>121</b>
<b>BIJLAGE 9 - Indelingsschema's voor focusgroepen .....</b>	<b>122</b>

## 1. INLEIDING

De rol van families bij de behandeling van personen die kampen met geestelijke gezondheidsproblemen is cruciaal, maar toch krijgen ze vaak onvoldoende aandacht van zowel publieke als private diensten op dit gebied. Stigmatisering en het (zelfgekozen) isolement van personen met geestelijke gezondheidsproblemen sluiten familieleden ook uit van sociale contacten en integratie in de maatschappij. Met deze vaststelling in gedachten, dienen interventies en herstelinspanningen niet alleen gericht zijn op het individu in zorg, maar zich uit te strekken tot de hele familie-eenheid.

Het Europees actieplan voor geestelijke gezondheid 2013-2020 benadrukte het belang van het ondersteunen van gezinnen en wees op de obstakels waarmee publieke en private diensten worden geconfronteerd bij het bieden van actieve hulp. Het plan schetste de moeilijkheden die de zorginstaties tegenkomen bij het ondersteunen van gezinnen, zoals adequate opleiding en ondersteunende diensten. Het benadrukte ook het gebrek aan informatie en verspreiding van interventies en methodologieën gericht op het ondersteunen van gezinnen. Om dit te verhelpen wil het plan mensen in zorg, gezinnen, de verschillende stakeholders, de organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, en de makers van het sociaal beleid betrekken.

Onder invloed van cultuur en sociale omgeving is het studiegebied van de geestelijke gezondheid uitgebreid met multifamilie groepen (MFG). In deze groepen verenigt een gezin, bestaande uit verschillende generaties (minimaal 2 generaties), zich met een variabel aantal andere gezinnen.

De basis van deze psychotherapeutische benadering van geestelijke gezondheid gaat terug tot het pionierswerk van Peter Laqueur in het midden van de jaren 1950, die ontmoetingen tussen 5 of 6 families van schizofrene patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis in de staat New York organiseerde. Deze innovatieve benadering, die 'leren door analogie' werd genoemd, leidde tot vooruitgang in de VS, Argentinië en vervolgens in Europa.

Jorge García Badaracco initieerde multifamilie ontmoetingen in de vroege jaren 1960 in het José T. Borda Psychiatrisch Ziekenhuis in Buenos Aires, met behulp van een integratief model dat Multifamiliale Psychoanalyse wordt genoemd. Sinds het einde van de jaren 1990 heeft zijn methodologie zich verspreid over Europa, met name in Italië, Spanje, Portugal en sinds vier jaar ook in België.

De symptomatische benadering is onvoldoende om de complexe behoeften van patiënten en gezinnen aan te pakken, omdat gezinsproblemen vaak veelzijdig zijn. Multifamilie groepen bieden uitgebreide interventies die wederzijdse ondersteuning en therapeutische benaderingen verbeteren, en toepasbaar in verschillende klinische, educatieve en sociale settings, namelijk bij gemeenschapsgroepen, bij behandelingsprogramma's voor drugsverslaving, gedragsveranderingen bij jongeren in educatieve contexten, genderkwesties, chronische ziekten, moederschap en eetproblematiek, naast andere organische pathologieën.

Het project "Multifamily Groups in Mental Health" (FA.M.HE) is ontstaan door de inzet van vijf partners, experts in groepspsychotherapeutische interventies met gezinnen. Het project heeft tot doel de ondersteuning van beleid en acties, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, de kennis van "beste praktijken" en het creëren van instrumenten om de verspreiding van multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen. Het project streeft ernaar om kennis te verspreiden, het stigma op de geestelijke gezondheidszorg te bestrijden en de betrokkenheid van gebruikers en gezinnen te vergroten.

Het eerste product van het FA.M.HE-project is het huidige deel "Kenmerken van multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg", dat gedetailleerde informatie biedt over een steekproef van MFG in de betrokken landen. De steekproef toont het functioneren, de kenmerken, de organisatorische aspecten en de territoriale verspreiding van MFG, ongeacht de theoretische oriëntatie die hen onderscheidt. De belangrijkste vereiste om in het onderzoek te worden

opgenomen was de deelname van ten minste twee generaties aan de MFG, inclusief personen die een gezondheidszorgbehandeling ondergaan; bovendien moest psychotherapeutische insteek gangbaar zijn.

De resultaten van het door de projectpartners uitgevoerde onderzoek werden verkregen door een data-analyse, verkregen uit de antwoorden op een vragenlijst gericht naar de publieke en private organisatoren van MFG in de verschillende landen, door de daaropvolgende georganiseerde focusgroepen met behandelaars en familieleden met ervaring met multifamilie groepen, en door een bibliografisch onderzoek naar dit onderwerp uitgevoerd in zes talen.

Het uiteindelijke doel van deze activiteiten, die als geheel kunnen worden gedefinieerd als een veldonderzoek naar MFG, was de creatie van dit boek, bedoeld als een soort 'praktische gids', gericht naar iedereen die om verschillende redenen dieper wil ingaan op de kennis van multifamilie methodologie.

Dit boek is daarom gericht op een breed publiek (gebruikers van geestelijke gezondheidszorg, maar ook studenten en docenten van academische cursussen, vrijwilligersverenigingen, lokale sociale diensten) die gaandeweg netwerken kunnen vormen voor de verspreiding en ondersteuning van multifamilie groepen. Door het aanmoedigen van praktijkgemeenschappen kan de multifamilie ervaring kan worden uitgewisseld, verdiept en ontwikkeld.

Het boek bestaat uit zeven hoofdstukken en bijlagen, die zo zijn gestructureerd dat ze een complex maar gemakkelijk te raadplegen totaalbeeld bieden.

Hoofdstuk 2 beschrijft een korte presentatie van het onderzoek: de context, de gebruikte instrumenten en methodologie en het verloop van het veldonderzoek.

De activiteiten die door elke partner in hun eigen land zijn uitgevoerd, worden gepresenteerd in de Hoofdstukken 3 tot en met 6, volgens een gemeenschappelijke index die een gemakkelijke vergelijking mogelijk maakt, inclusief de verschillende institutionele en sociale realiteiten.

Hoofdstuk 7 beschrijft een vergelijkende analyse van de verzamelde gegevens; de presentatie in overzichtelijke tabellen toont een levendig en groeiend interventiemodel, vanwege: de pluraliteit van contexten waarin de methodiek gebruikt wordt, de verscheidenheid aan theoretische referentiemodellen, de organisatorische typologieën, alsook vanwege de brede consensus onder degenen met directe ervaring met de techniek.

Het boek eindigt met een reeks bijlagen: Bijlage 1 tot en met 5 zijn een weergave van de resultaten van het bibliografisch onderzoek naar MFG uitgevoerd door de partners in hun eigen taal. Bijlage 6 verzamelt de resultaten met betrekking tot de internationale bibliografie. In Bijlagen 7 tot en met 9 worden de instrumenten gepresenteerd die bij het onderzoek zijn gebruikt.

## 2. ONDERZOEKSOPZET

De verspreiding van multifamilie groepen wordt beschouwd als een van de belangrijkste innovaties in de publieke en private geestelijke gezondheidszorg. De samenwerking tussen patiënten, familieleden en zorgverleners, die na de jaren vijftig opkwam door middel van terugkerende bijeenkomsten van multifamilie groepen, toonde steeds meer effectiviteit in termen van resultaten. In de nieuwe eeuw heeft het terrein gewonnen en zich parallel ontwikkeld met de gezamenlijke ontwikkeling van gezinstherapie en de systemische benadering. Tegenwoordig omvat het verschillende theoretische modellen en vormt het een geconsolideerde praktijk, ondersteund door bewijsmateriaal dat de geldigheid ervan bevestigt.

De MFG opent een nieuwe fase in de behandeling van psychische stoornissen door het bevorderen van een interactieve dynamiek die “zorggebruikers” en hun familieleden bewust maakt van de banden van onderlinge afhankelijkheid waarin zij betrokken zijn. Hierdoor kunnen ze reflecteren en hun situatie vergelijken met die van andere deelnemers.

Dit proces vindt plaats door middel van collectieve bijeenkomsten op basis van een paar regels: er wordt geluisterd naar iedereen, zodat men het gevoel krijgt dat men op elkaars hulp kan rekenen, er wordt respect gevraagd voor ieders mening, zelfs als ze verschillend is, iedereen is van gelijke waarde. Binnen de groep “wordt een situatie opgebouwd waarin iedereen van buitenaf kan kijken naar de rol die zij in hun eigen leven spelen en de wijze waarop zij die invulling geven: kinderen, ouders en zorgverleners, hun eigen kinderen en/of ouders”. Belangrijke thema's van deelname aan een MFG zijn onder meer "delen", "vergelijking", "uitwisseling", "ondersteuning" of "hulp".

Een relatie komt tot stand op basis van vertrouwen, empathie, respect, acceptatie van zichzelf en anderen en van de spontaniteit van menselijk contact. Dit klimaat wordt beïnvloed door de relationele, vooral empathische, kwaliteiten van de zorgverleners, te beginnen bij de begeleider-facilitator.

Deze figuur stimuleert en reguleert dialogen door het woord te geven aan iedereen die erom vraagt, door de snelle circulatie van ideeën te vergemakkelijken en een opeenvolging van interventies aan te moedigen die gebaseerd zijn op ‘vrije associaties’, zodat iedereen, door analogie of imitatie, kan leren van de ervaringen van anderen. Daarnaast kunnen deelnemers elkaar spiegelen in de ervaringen die anderen aan de groep presenteren.

De begeleider kan worden bijgestaan door andere actoren die zich onthouden van elk oordeel jegens de lijdende persoon en hun families, en die hun "cognitieve zekerheden opgeven om zich onder te dompelen in de wereld van emoties, en aanvaarden om vrijelijk samen met alle anderen te voelen en denken"; ze kunnen als team bespreken wat er gebeurt, zodat de ervaring van continu leren de groep begeleiders en familieleden verenigt.

De MFG versterkt de regie van het gezin als dragende sfeer van de ‘aangewezen patiënt’, het haalt het gezin uit zijn isolement en versterkt het in de therapeutische samenwerking, als actief onderdeel van het herstelproject. Tegelijkertijd stimuleert het de zoektocht naar ‘zelfhulp’ bij familieleden. Het is geen toeval dat de meerderheid van de MFG-familieleden ook aanwezig is in zelfhulpgroepen; bovendien kunnen deze ook het resultaat zijn van een proces van multifamilie groepen die geleidelijk autonoom worden. Er wordt gezegd dat “de kunst van MFG gezinnen bestaat uit zichzelf te helpen”, dus “als dit gebeurt, kan de groep op zichzelf functioneren”.

Het onderzoek naar Multifamilie groepen in Geestelijke Gezondheidszorg bestaat uit meerdere onderdelen: een vragenlijst gericht aan begeleiders en/of facilitators van de MF, twee of meer focusgroepen voor begeleiders/facilitators en gebruikers/families, en een web-based onderzoek om zowel nationale (in de taal van elk land) als internationale bibliografie met betrekking tot de toepassing van multifamilie groepen in Geestelijke Gezondheidszorg te analyseren.



Een vragenlijst, opgesteld door de AIDFM-partner in Portugal in samenwerking met alle partners, werd ontwikkeld door een combinatie van inzichten uit literatuuronderzoek, input verzameld uit interacties met begeleiders van multifamilie groepen en overwegingen gebaseerd op de elementen die vereist zijn door Google Forms, het platform dat werd gekozen voor het verspreiden van de vragenlijst. Voorafgaand aan de implementatie hebben onderzoekers uit de vier landen de vragenlijst beoordeeld en verfijnd. De vragenlijst bestaat uit twee hoofdonderdelen:

- Het eerste deel richt zich op de identificatie van de professionals die het onderzoek uitvoeren, details over de instelling/organisatie en de geografische locatie.
- Het tweede deel gaat in op de kenmerken van MFG's, waaronder het theoretische kader, interventietypen, kwalificaties van uitvoerende teams, supervisie-/intervisiemethoden, eigenschappen van deelnemers, kenmerken van MFG's (groepstype en -grootte, gebruik van fasen, invloed van COVID-19 op continuïteit, kenmerken van gebouwen, enz.)

De vragenlijst sluit af met een uitnodiging aan de respondenten om hun opmerkingen over MFG's te delen.

Vervolgens vertaalde elke partner de vragenlijst in zijn eigen taal - Italiaans (Italië), Frans en Nederlands (België), Spaans (Spanje) en Portugees (Portugal) - en paste deze aan in een Google Forms vragenlijst.

De deelname was vrijwillig en respondenten konden ervoor kiezen anoniem te blijven.

De partners introduceerden het project door middel van brieven waarin om deelname aan de vragenlijst werd gevraagd en waarmee verschillende doelgroepen werden bereikt, zoals overheidsinstanties, MFG-experts, instanties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, beroepsorganisaties, erkende familiegroepen en familieverenigingen. Elke partner identificeerde en inventariseerde zorgvuldig relevante potentiële deelnemers.

Na het verkrijgen van de enquêteresultaten voerde elk land een kwalitatieve en beschrijvende analyse uit. De 'Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina' (AIDFM) in Lissabon nam de verantwoordelijkheid voor de gegevensverwerking op zich en codeerde de verkregen antwoorden om ruwe percentages uit Google Forms te vertalen. Daarnaast markeerden partners belangrijke overeenkomsten in de antwoorden en AIDFM verwerkte deze geïdentificeerde significante overeenkomsten.

Na afloop van het veldonderzoek, zoals beschreven in het project, voerde elke partner focusgroepen uit met twee specifieke doelgroepen: MFG-begeleiders (therapeuten) en MFG-gebruikers/gezinnen. De partners werden het eens over een uniforme methodologie - de SWOT-analyse - die de deelnemers in staat stelde hun standpunten over de aangewezen focus te verwoorden. Deze methode onderzocht de sterke en zwakke punten, zowel intern als extern, binnen de context.

Gelijktijdig met de ontwikkeling van de vragenlijst startten de partners een uitgebreid literatuuronderzoek naar multifamilie-interventies in de geestelijke gezondheidszorg. Dit stelde de partners in staat om gericht en gedefinieerd webonderzoek te doen, in lijn met de onderzoeksdoelen van het project. Verschillende sleutelwoorden zoals Multifamiliale Groepen, Multifamiliale Psychoanalyse Groepen (MFPG), Multifamiliale Psychoanalyse, Multifamiliale Therapie, Multifamiliale Groepstherapie en Multifamiliale Groepsbehandeling werden geïdentificeerd, vertaald in de respectievelijke talen en aangevuld met landspecifieke termen.

Het onderzoek werd uitgevoerd in verschillende nationale talen en reikte voor elke taal verder dan de landsgrenzen en omvatte ook andere landen. Google, Google Scholar, PubMed, Hall en Cairn werden gebruikt als zoekmachines en de bevindingen werden verzameld met behulp van de Zotero beheerssoftware, volgens de APA (American Psychological Association) VI editie citatiestijl.

Het internationale bibliografische onderzoek naar multifamilie groep en identificeerde categorisch drie subtypes:

- Psycho-educatieve en cognitieve gedragsgroepen;
- Systemische en dynamische groepen;
- Psychoanalytische groepen.

De onderzoeksmethodologie werd nauwgezet ontwikkeld in overeenstemming met de richtlijnen van het project en de overeengekomen methodologische richtlijnen die tussen de partners waren opgesteld.

De vier deelnemende landen waren verantwoordelijk voor de gegevens in hun nationale rapport.

Na het verzamelen en analyseren van de gegevens die door elke partner werden aangeleverd, stelde Portugal een samenvattend verslag op met een samenvatting van alle resultaten en conclusies.

### 3. VERSLAG VAN ITALIË

#### 3.1. ITALIAANSE SITUATIE

Na het belangrijke de-institutionaliseringproces dat in gang werd gezet door de sluiting van psychiatrische inrichtingen, heeft de Europese Unie zich toegelegd op het opzetten van gepersonaliseerde sociale netwerken om mensen met geestelijke gezondheidsproblemen te helpen. Dit doel, beschreven in documenten zoals het Groenboek over geestelijke gezondheid (2005), benadrukt de centrale rol van familieleden binnen deze netwerken. Volgens 'User empowerment in mental health' (2010) van de WHO zijn 95% van de zorgverleners familieleden van gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten.

Het meest recente 'European Action Plan for Mental Health 2013-2020' benadrukt de cruciale betrokkenheid van families bij behandelingen voor geestelijke gezondheid en beveelt innovatieve therapeutische interventies aan, met de nadruk op inclusiviteit, toegankelijkheid en samen delen. Ondanks deze vooruitgang worden gezinnen vaak geconfronteerd met isolement en stigmatisering. Het "European Action Framework on Mental Health and Wellbeing" (2016) erkent de fundamentele rol die families spelen in deze sociale netwerken en benadrukt de behoefte aan gerichte interventies om ze te versterken en te ondersteunen.

Ondanks innovatieve methodologieën die op maat gemaakt zijn om aan verschillende behoeften te voldoen en de maatschappelijke integratie te verbeteren, zijn multifamiliale groepen nog steeds niet wijdverspreid. In Italië lijken de interventies van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg onvoldoende gedefinieerd en uniform, hoewel bij verschillende gelegenheden continue en ondersteunende activiteiten gericht op families die getroffen zijn door psychisch lijden erkend zijn als 'goede praktijken'. Uit de analyse van de gegevens met betrekking tot de Territoriale Psychiatrische Activiteit, opgenomen in het Rapport over Geestelijke Gezondheid, gepubliceerd in 2021 door het Ministerie van Volksgezondheid, blijkt dat slechts 5% van de interventies zich rechtstreeks richt op gezinnen, ondanks het feit dat 47% van de gebruikers in gezinnen verblijft of verbonden is met gezinnen (van herkomst of verworven). Van deze 5% had 4,2% betrekking op gesprekken met gezinsleden, 0,7% op informatieve/psycho-educatieve bijeenkomsten en slechts 0,1% op familiale psychotherapie. Met name multifamiliale interventies, waarbij meerdere gezinnen deelnemen aan groepsinterventies, zijn opvallend afwezig in dit rapport, ondanks het feit dat ze al lange tijd in de wetenschappelijke literatuur voorkomen. De laatste jaren is er echter sprake van een geleidelijke maar gestage verspreiding van de multifamiliecultuur, waarbij verschillende spelers in de geestelijke gezondheidszorg op klinisch en opleidingsniveau betrokken zijn. In 2022 bijvoorbeeld, startten vijf van de tien DSM's (*Dipartimento di Salute Mentale*) in de regio Lazio met gespecialiseerde trainingen gericht op multifamiliale interventies. Deze cursussen stonden open voor alle medewerkers van verschillende diensten en er namen ongeveer 200 mensen aan deel. Hoewel deze ontwikkelingen de eerste indicatoren zijn, onderstrepen ze belangrijke uitdagingen die voortkomen uit institutionele, culturele en ideologische barrières die de stabilisatie en formele vestiging van multifamiliepraktijken blijven belemmeren.

Als antwoord op deze observaties is in maart 2022 het project 'Multifamily Groups in Mental Health (FA.M.HE.)' van start gegaan. De eerste fase bestaat uit het samenstellen van een uitgebreide Gids voor Multifamilie groepen die de verschillende realiteiten in de partnerlanden omvat: België, Italië, Portugal en Spanje. Het project begon met een veldonderzoek, bestaande uit de creatie, distributie en analyse van een vragenlijst gericht aan de verantwoordelijken van actieve MFG's in deze landen.

Met de verspreiding van de vragenlijst werd getracht de operationele dynamiek van verschillende MFG's in de vier deelnemende landen in kaart te brengen, ongeacht hun theoretische of methodologische oriëntaties. De nadruk lag op het in kaart brengen van hun kenmerken, organisatie en verspreiding, met als belangrijkste criterium de betrokkenheid van ten minste twee generaties, waaronder personen die een geestelijke gezondheidsbehandeling ondergaan.

## 3.2. VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG

### 3.2.1. Institutionele/organisatorische context

Ondanks het initiëren van een aanzienlijk aantal contacten, reageerden slechts een klein aantal gezondheidswerkers uitgebreid. Van de vele contacten die werden gelegd, werden 38 vragenlijsten ontvangen, waarvan er 35 als geldig en volledig werden beschouwd. Hoewel dit cijfer een grondige analyse rechtvaardigt (gepland voor een volgende fase), lijkt het verband te houden met een algemene terughoudendheid of onverschilligheid ten aanzien van het delen van actieve ervaringen tussen verschillende diensten of institutionele gebieden, vergelijkbaar met eerdere onderzoeken. Het belang van informatie op het gebied van geestelijke gezondheid lijkt onderschat te worden.

De meerderheid van de structuren die betrokken zijn bij het onderzoek zijn in handen van de overheid (72% van de steekproef), terwijl 24% verbonden is aan semi-privé entiteiten en de resterende 4% de privésector vertegenwoordigt. Het type hulpverlening is voornamelijk ambulante, 84,8% van het totaal, verdeeld tussen centra voor geestelijke gezondheidszorg (61%) en particuliere sociale verenigingen/organisaties (24%); 9% van de residentiële hulpverlening wordt vertegenwoordigd door therapeutische gemeenschappen en 6% door ziekenhuisafdelingen (psychiatrische diagnose- en behandelingsdiensten).

### 3.2.2. Karakteristieken

De vragenlijsten als geheel lijken de verschillende theoretisch-methodologische oriëntaties in Italië te vertegenwoordigen, in verhouding tot bevindingen in andere onderzoeken. Specifiek onthulde de vragenlijst vier typologieën: 61% Multifamiliepsychoanalyse, 21% Psycho-educatie, 12% Systemische oriëntatie, 9% Psychodynamische oriëntatie, en 1 MFG gecategoriseerd als 'Overige'. De opmerkelijke prevalentie van Multifamiliepsychoanalyse weerspiegelt niet alleen de effectieve invoering ervan in het hele land, maar onderstreept ook de verhoogde betrokkenheid en onderzoeksmotivatie onder MFG-begeleiders die lid zijn van LIPsiM. LIPsiM onderscheidt zich met name als een van de weinige nationale verenigingen die actief betrokken zijn bij het verspreiden, bestuderen en opleiden binnen de multifamiliale context.

### 3.2.3. Begeleiding

Wat de begeleidingsmethode betreft, gebruikt 97% van de vertegenwoordigde groepen een teambenadering. Bij 58% van hen is er sprake van een begeleider/facilitator die ondersteund wordt door verschillende co-begeleiders/facilitators, wat neerkomt op een hiërarchische structuur, terwijl 39% een niet-hiërarchische teamstructuur heeft met alleen co-begeleiders/facilitators. Psychotherapeuten vormen de meerderheid van de begeleidingsteams (93% psychologen en 48% psychiaters), terwijl andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg ook integraal deel uitmaken van het team (39% verpleegkundigen, 30% maatschappelijk werkers, 18% opvoeders en 6% psychiatrische revalidatietherapeuten). De aanwezigheid van verschillende professionals onderstreept de noodzaak van op maat gemaakte opleidingen voor niet-psychotherapeuten, met het oog op de erkenning van specialistische kwalificaties.

De opleiding van psychotherapeuten binnen deze teams sluit aan bij de theoretisch-methodologische oriëntaties van de vertegenwoordigde MFG's. Het benadrukt de complexiteit, omdat verschillende begeleiders verschillende opleidingsachtergronden hebben: 45% heeft een psychoanalytische opleiding, 52% een psychodynamische opleiding, 24% een groepsanalyse opleiding, 54% een familie-systemische opleiding en 36% beroept zich op een cognitieve gedragspsychotherapie.

Supervisie, waarbij een externe deskundige reflecteert op het werk en het evalueert, komt voor in 55% van de MFG's. De meeste supervisie vindt intern plaats, met directe deelname van de supervisor aan de groep (10 MFG's). Drie groepen gebruiken externe supervisie (klassiek model), terwijl vijf groepen beide benaderingen gebruiken. Bijna alle onderzochte MFG's

(93%) houden zich bezig met intervisie/bijeenkomsten na de groep, wat een andere methode van supervisie is die is afgeleid van de groepsanalytische en familiesysteemervaring, bedoeld om indrukken, emoties en reflecties binnen het begeleidingsteam uit te wisselen. Deze antwoorden onderstrepen de veelzijdige aard van het functioneren van meerdere gezinnen en de diepgang van groepsuitwisselingen, die specifieke ruimtes voor meta-reflectie en uitwerking vereisen. Ze benadrukken ook de noodzaak van het harmoniseren en integreren van interventies die in verschillende vormen door het begeleidingsteam worden uitgevoerd.

#### 3.2.4. Deelnemers

De meeste deelnemers zijn, op basis van hun leeftijd, ingedeeld in de categorie volwassenen (86%), gevolgd door de categorie adolescenten (26%). In 72% van de gevallen zijn er twee generaties aanwezig en in 27% zijn er drie generaties bij betrokken. De relaties draaien in 97% van de gevallen voornamelijk om kind/ouder-relaties, op de voet gevolgd door ouder/kind-dynamiek in 91% en in 66% met een ander lid van de kernfamilie. Deze bevindingen suggereren een grotere nadruk op de band tussen kind en ouder in vergelijking met andere familiale relaties (echtgeno(o)t(e), broers en zussen), vergelijkbaar met wat wordt uitgedrukt in kerngezinstherapieën.

De meeste MFG's zijn betrokken bij de behandeling van psychiatrische pathologieën (71%). Zowel heterogene als homogene groepen vertonen een significant overwicht van psychotische stoornissen, met respectievelijk 81% en 90%. Daarnaast zijn stemmingsstoornissen goed voor 74%, terwijl persoonlijkheidsstoornissen 67% van de gevallen uitmaken. Multifamilie-interventies worden van oudsher gebruikt voor ernstige psychiatrische stoornissen, maar zijn nu ook gericht op pathologische verslavingen (35%), eetstoornissen (26%) en psychosomatische stoornissen (19%).

De meeste MFG's zijn open groepen (79%), waarbij deelnemers op elk moment kunnen instappen of uitstappen met een variabele groepsgrootte. Er zijn minder gesloten groepen (15%), met vooraf bepaalde begin- en eindpunten en zonder veranderingen in de samenstelling. Een kleiner deel (6%) bestaat uit langzaam open groepen, waarbij de samenstelling alleen in specifieke gevallen verandert. Deze percentages sluiten nauw aan bij de aanwezigheid van fasen in MFG-vergaderingen: 78% voorzien geen fases, terwijl 26% dat wel doet. Dit houdt waarschijnlijk verband met de gekozen methodologische aanpak, verwant aan psycho-educatieve interventies, waarbij specifieke fasen worden gehanteerd, het begin en het einde van de interventie moeten worden gedefinieerd en de samenstelling van de deelnemers relatief stabiel is. Bij de meeste van deze groepen (86%) worden mensen echter in alle fasen van de interventie behandeld.

#### 3.2.5. Structuur en werking

In 75% van de antwoorden bestaan MFG's doorgaans uit een middelgrote groep van 10 tot 30 deelnemers en in 78% van de gevallen is face-to-face deelname vereist. De meerderheid vergadert wekelijks (56%) of tweemaandelijks (37,5%), terwijl slechts 6% maandelijks bijeenkomt. De duur van deze bijeenkomsten is meestal 90 minuten (58%) of 120 minuten (39%), waarbij slechts één groep een uur duurt. Deze kwantitatieve inzichten zouden kunnen leiden tot operationele richtlijnen, waarbij factoren in de context worden belicht die de optimale werking van MFG's kunnen bevorderen en mogelijk een reeks 'goede praktijken' kunnen vormen.

Wat betreft de omgeving voor MFG-bijeenkomsten, suggereren de antwoorden dat de fysieke omgeving over het algemeen geschikt is voor multifamiliale dimensies. Ongeveer 67% vindt plaats in multifunctionele ruimten en 24% in activiteitenruimten, waarbij 97% erkent dat deze geschikt zijn qua afmetingen en comfort. Privacy en vertrouwelijkheid zijn gegarandeerd in 94% van de gevallen en 96% maakt gebruik van een cirkelvormige opstelling van de stoelen, wat essentieel is voor het bevorderen van uitwisseling en inclusiviteit in de multifamiliale context. Aandacht voor deze tastbare aspecten van de fysieke omgeving lijkt cruciaal voor het creëren van een klimaat van veiligheid en comfort binnen de complexe dynamiek van multifamiliale verscheidenheid.

De duur van MFG's in de tijd lijkt sterk te variëren en is slechts gedeeltelijk gekoppeld aan de referentiemethodologie, zoals psycho-educatieve MFG's. De meeste groepen lijken geen definitief

einde te hebben en onderbrekingen of opschortingen worden voornamelijk geassocieerd met recente pandemische beperkingen (77%) en, in mindere mate, beperkingen in menselijke middelen (32%). Deze externe oorzaken zijn niet noodzakelijk toe te schrijven aan interne methodologische keuzes binnen de MFG's zelf.

### 3.2.6. Doorverwijzing

Het laatste element van de vragenlijst behandelt een cruciaal aspect met betrekking tot de functionaliteit van multifamiliale groepen binnen hun respectieve contexten. Het gaat in op het thema van doorverwijzing, een centraal onderwerp dat naar voren kwam tijdens de twee parallelle focusgroepdiscussies en dat vaak benadrukt wordt in de literatuur. Een meerderheid van de doorverwijzingen (82%) komt van binnen de instelling, terwijl 36% van externe bronnen komt. Deze gegevens kunnen wijzen op een sterke verankering van MFG's binnen de context van erbij horen. Het kan echter ook wijzen op een beperkte interactie met de bredere externe gemeenschap, wat mogelijk wijst op een gebrek aan bewustzijn of erkenning van deze behandelingsmethodologie buiten de grenzen van de instelling.

## 3.3. FOCUSGROEPEN

### 3.3.1. Focusgroepen met MFG-begeleiders

#### 3.3.1.1. Deelnemers

Zoals afgesproken in het project tussen alle partners, werd er na de voltooiing van het verspreiden en verzamelen van de antwoorden op de vragenlijst een focusgroep georganiseerd. Deze focusgroep richtte zich op een representatieve selectie van begeleiders die betrokken waren bij het onderzoek. Het selectieproces voor deze steekproef was gebaseerd op vrijwillige deelname, geïnitieerd door het versturen van een e-mail met een beschikbaarheidsverzoek naar alle collega's die eerder de vragenlijst hadden ingevuld.

#### 3.3.1.2. Methodologie

Focusgroep 1 vond plaats op 27 januari 2023, werd online uitgevoerd via het Zoom-platform van 9:30 tot 12:30 uur en werd volledig opgenomen. Tien van de vierendertig collega's gingen in op de uitnodiging en negen van hen woonden de sessie bij; één collega had te maken met een professionele noodsituatie en kon niet aanwezig zijn op de aangegeven datum. De geselecteerde steekproef vertegenwoordigde verschillende theoretisch-methodologische oriëntaties en weerspiegelde de geografische spreiding van de algemene deelnemerspool, met ervaringen uit zowel de openbare als de privésector. De sessie werd gefaciliteerd door een coördinator en er waren twee waarnemers bij.

De gebruikte methodologie was de SWOT-analyse, waarbij elke deelnemer op basis van zijn eigen ervaring sterke punten en problematische elementen/moeilijkheden binnen zijn eigen realiteit kon identificeren en deze kon kruisen met kansen en mogelijke obstakels die door de externe context werden gegenereerd. De analyse richtte zich op drie belangrijke elementen die de meeste MFG-ervaringen uit de vragenlijsten gemeen hadden:

- Deelname van ten minste twee generaties, waaronder personen die een geestelijke gezondheidsbehandeling ondergaan;
- Aanwezigheid van een begeleidersteam;
- Activering van een uitwisselingsruimte tussen begeleiders onmiddellijk na de MFG-bijeenkomst (Post-Group).

### 3.3.1.3. Resultaten

Hier volgt een samenvatting van de bevindingen van elke focus:

#### **Focus 1: Deelname van ten minste twee generaties**

Sterke punten:

- Het overwinnen van defensieve tegenstellingen, wij/jij, ouders/kinderen, ziek/gezond;
- Verbeterde vergelijking en de mogelijkheid tot spiegelen;
- Inclusie en het gevoel erbij te horen.

Zwakke punten:

- Discontinuïteit in de deelname van de hele kern;
- Moeite met zelfexpressie;
- Angst voor conflicten.

Mogelijkheden:

- Besparingen op hulpbronnen (menselijk en economisch);
- Kanaliseren en herdefiniëren van verzoeken/eisen van familie;
- Kennis en delen van het interventiemodel.

Bedreigingen:

- Moeite met doorverwijzen; voorkeur voor ouder(s) boven de kern;
- Zorgen over overmatige stimulatie voor de 'patiënt';
- Persistentie van op het individu gerichte klassieke psychiatrische perspectief.

#### **Focus 2: Aanwezigheid van een begeleidersteam**

Sterke punten:

- Beter beheer van uitwisselingen en betere beheersing;
- Wederzijdse steun, het verdelen van de 'emotionele last';
- Continuïteit van de interventie;
- Uitsplitsing prognoses.

Zwakke punten:

- Risico op disharmonie of inconsistentie;
- Potentiële delegatie aan één 'therapeut'.

Mogelijkheden:

- Beter delen van het geïndividualiseerde therapeutische project;
- Isolatie en integratie tussen instellingen doorbreken;
- Integratie tussen professionals.

Bedreigingen:

- Personeelstekort;
- Institutionele weerstand;
- Gebrek aan kennis over de methode.

#### **Focus 3: Post-groep**

Sterke punten:

- Meta-reflectie op de ervaring en het delen van kritische kwesties;
- Integratie van verschillende gezichtspunten;
- Controle op consistentie tussen model en interventie.

Zwakke punten:

- Onvermogen van deelnemers om kritieke elementen te herkennen.

Mogelijkheden:

- Voortdurende training en accreditatie;
- Mogelijkheden voor teamreorganisatie.

Bedreigingen:

- Moeite om dit moment te herkennen als geïntegreerd in het werk van MFG's;

- Het niet respecteren van de grenzen, institutionele inbraken en noodsituaties;
- Beperkte implementatie van reflectieve praktijk in andere institutionele ruimten.

### 3.3.2. Focusgroepen met MFG-gebruikers

#### 3.3.2.1. Deelnemers

Er werd een focusgroep uitgevoerd met 10 tot 15 deelnemers die om verschillende redenen betrokken zijn bij MFG's (patiënten, ouders, familieleden, zorgverleners). Tijdens deze sessie werden onderwerpen geëvalueerd die vergelijkbaar waren met de onderwerpen die aan bod kwamen in de focusgroep met MFG-verantwoordelijken. Bovendien kon de vergelijking en mogelijke afstemming van de antwoorden van beide focusgroepen worden gebruikt om de onderzoeksresultaten te valideren.

Om persoonlijk bezoek mogelijk te maken, werd een eerste selectie gemaakt van MFG-leden uit het onderzoek in de provincie Rome. Vervolgens werd de steekproef samengesteld via directe uitnodigingen van de begeleiders aan de regelmatige gebruikers van deze groepen.

#### 3.3.2.2. Methodologie

De focusgroep vond plaats op 8 februari 2023, van 09:30 tot 12:30 uur met persoonlijke aanwezigheid op het hoofdkantoor van LIPsiM. Achttien gebruikers waren uitgenodigd en twaalf namen deel aan de bijeenkomst. De steekproef was representatief voor de verschillende profielen van MFG-gebruikers die actief zijn in zowel de publieke als de private sociale sectoren. Aan de sessie namen een coördinator en twee waarnemers deel.

Net als bij de focusgroep voor MFG-geleiders werd tijdens de bijeenkomst de SWOT-analysmethode gebruikt. De analyse werd uitgevoerd aan de hand van twee van de drie onderwerpen die waren gedefinieerd voor de vergelijking tussen begeleiders en die door gebruikers als beter evalueerbaar werden beschouwd:

- Deelname van ten minste twee generaties, waaronder personen die een geestelijke gezondheidsbehandeling ondergaan;
- Aanwezigheid van een begeleidersteam.

De derde focus die werd voorgesteld aan de steekproef van begeleiders/facilitators, met betrekking tot het activeren van een post-groepsessie, bleek een uitdaging voor evaluatie door de gebruikers, omdat het meestal gaat om een moment binnen de multifamiliebijeenkomst dat is gereserveerd voor het begeleidersteam.

#### 3.3.2.3. Resultaten

Hieronder volgt een samenvatting van de bevindingen van elke focus:

##### **Focus 1: Deelname van ten minste twee generaties**

Sterke punten:

- Verbeterde empathie onder familieleden;
- Dialoog wordt mogelijk gemaakt in anders moeilijke omstandigheden;
- In bedwang houden van geuite emoties;
- Spiegelen en wederzijdse erkenning;
- Mogelijkheid om zichzelf in verschillende rollen te herkennen;
- Helpt bij het vaststellen van ouderlijke grenzen.

Zwakke punten:

- Beperkte deelname van complete huishoudens;



- Zorgen over mogelijke schade;
- Terughoudendheid om zichzelf bloot te geven in het bijzijn van familieleden.

Mogelijkheden:

- Inspelen op en reageren op de behoeften van het gezin;
- Biedt een kosteneffectieve mogelijkheid.

Bedreigingen:

- Beperkte informatie over MFG's;
- Weinig specifieke training voor de begeleiders/facilitators;
- Organisatorische uitdagingen binnen de dienst die de effectiviteit van MFG kunnen belemmeren.

## **Focus 2: Aanwezigheid van een begeleidersteam**

Sterke punten:

- Facilitering in de circulariteit van uitwisselingen;
- Minder sturing in begeleiding;
- begeleidersteam als model voor de hele Groep;
- Stimulans voor dialoog.

Zwakke punten:

- Overmatig verloop;
- Risico op versnippering/verwarring.

Mogelijkheden:

- Integratie tussen verschillende professionele figuren;
- Minder 'personalisatie' van de interventie.

Bedreigingen:

- Personeelstekorten;
- Moeite om zich te blijven inzetten vanwege een te hoge werkdruk.

Een extra noot: Aan het einde van de bijeenkomst stelden de deelnemers voor om in de toekomst soortgelijke momenten van uitwisseling en vergelijking te organiseren, omdat ze die nuttig vonden voor het verdiepen van hun eigen ervaringen en het verbeteren van multifamiliepraktijken.

### **3.3.3. Conclusies van de focusgroepen**

De vergelijking tussen de deelnemers maakte een diepgaander onderzoek mogelijk van verschillende aspecten die verband houden met de voorgestelde onderwerpen. Hoewel het kwantitatieve bewijs uit de analyse van de vragenlijstresultaten de aanzet gaf, werden deze aspecten niet grondig geëvalueerd in hun kwalitatieve complexiteit.

De deelnemers waren het eens over de prevalentie van sterke punten, die werden gezien als intern potentieel, in tegenstelling tot kritieke punten die meer werden gezien als initiële weerstand tegen een meergezinsinterventie dan als feitelijke negatieve aspecten. Specifiek kwam de gelijktijdige aanwezigheid van meerdere generaties, familieleden en GGZ-gebruikers naar voren als het meest kritische aspect tijdens de eerste contacten met MFG's. De aanwezigheid van meerdere generaties werd beschouwd als het meest kritische aspect tijdens de eerste contacten met MFG's. De aanwezigheid van meerdere generaties werd beschouwd als het bepalende element dat de uitwisselingen en de heersende sfeer binnen de groep beïnvloedde, de complexiteit verhoogde en het bereiken van doelen vergemakkelijkte. Vergelijkbare overwegingen kwamen naar voren met betrekking tot de aanwezigheid van een begeleidersteam, dat zich geleidelijk leek te ontwikkelen in plaats van een formele instelling te zijn.

Zelfs bij verschillende interpretaties (hoofdbegeleider met facilitators, co-begeleidersteam, coördinator met waarnemers) bleken de zwakke punten die met deze focus te maken hadden in de loop van de praktijk op te lossen, met name wat betreft de verdeling van emotionele lasten en de optimalisatie van uitwisselingen.

Met betrekking tot de derde focus, gericht op begeleiders, erkenden de deelnemers het belang van een gezamenlijk reflectiemoment over de implementatie van de interventie. Dit geplande moment, geïntegreerd in de Multifamily Psychoanalysis Groups (MFPG), zou zorgen voor de noodzakelijke harmonisatie/consistentie van begeleiding die in meervoudige vorm wordt uitgevoerd. Er werden met name geen interne kritische elementen geïdentificeerd met betrekking tot dit aspect.

Wat betreft de obstakels in de externe context, lijkt er, als een transversaal gegeven, een culturele/ideologische moeilijkheid naar voren te komen bij het voorstellen van een klinische interventie die zowel familieleden als zorgvragers samenbrengt. Deze uitdaging werd versterkt en ondersteund door een gebrek aan kennis over ervaringen met meerdere gezinnen. Bijgevolg zou het ontwerp van multifamiliale trainingsinterventies specifieke voorbereidende acties moeten omvatten die gericht zijn op de cultuur en het functioneren van institutionele contexten.

Naast de duidelijke theoretisch-methodologische verschillen die kenmerkend zijn voor de verschillende ervaringen, lijkt er een sterke convergentie te bestaan over de voorgestelde onderwerpen, die beschouwd kunnen worden als gemeenschappelijke elementen die kenmerkend zijn voor de multifamilie-ervaring. De gelijktijdige deelname van ten minste twee generaties, de aanwezigheid van een begeleidersteam en de activering van speciale reflectiemomenten lijken de rol aan te nemen van goede praktijken en onontkoombare procesvariabelen bij het opzetten van geestelijke gezondheidsinterventies die worden aangeduid als Multifamilie groepen.

#### **3.4. BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK**

Het bibliografische onderzoek uitgevoerd door LIPsiM met betrekking tot de Italiaanse context benadrukte de trefwoorden die een betere inhoudsopgave opleverden, zowel kwantitatief als kwalitatief: Multifamilie groepen, Multifamiliepsychoanalyse en Multifamilie therapie. Dit onderzoek leidde tot de selectie van terugkerende bibliografische items binnen een eerste index, vervolgens verdeeld in twee lijsten (zie Appendix 1).

1 - Italiaanse bibliografie: deze specifieke taak van LIPsiM onthulde de aanwezigheid van artikelen, monografieën, boeken en hoofdstukken. De meeste items hebben betrekking op multifamiliale psychoanalyse, met als enige operationele handleiding een tekst over multifamiliale psycho-educatieve interventie.

2 - Bibliografie in het Italiaans: deze compilatie verzamelt vertaalde buitenlandse publicaties in het Italiaans, die als bijzonder representatief worden beschouwd voor de multifamiliale interventiemodellen in Italië. Het werd gepast geacht om deze vermeldingen te behouden, die in de originele versie zullen verschijnen in de internationale bibliografie, met als doel gemakkelijk toegankelijke informatie te bieden aan de uiteindelijke ontvangers van de Gids voor Multifamilie groepen.

#### **3.5. CONCLUSIES**

Het primaire doel van het onderzoek 'Multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg' van het FA.M.HE.-project, is het vergroten van het begrip van de diverse Multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg. Dit omvat hun territoriale verspreiding, bestaande modellen en kenmerken. In deze zin is het eerste belangrijke feit dat uit dit onderzoek naar voren kwam de bevestiging van de differentiatie van de multifamilie-ervaring in twee hoofdgebieden:

1 - Psycho-educatieve bijeenkomsten voor meerdere gezinnen, gericht op geestelijke gezondheidsproblemen, met informatie over de aanpak ervan.

2 - Therapeutische bijeenkomsten voor meerdere gezinnen, waarbij het psychisch lijden binnen de gezinscontext wordt onderzocht en niet alleen van de persoon die psychische problemen heeft, waarbij wordt geprobeerd moeilijkheden die zich voordoen te verdiepen en te overwinnen door de bijdrage van elke deelnemer.

Een overheersend percentage binnen het tweede onderdeel heeft betrekking op Multifamiliale Psychoanalyse Groepen (MFPG), zoals eerder benadrukt tijdens de fase van de resultatenanalyse.

Op dit moment is het relevant om niet alleen de grotere effectieve verspreiding van deze methodologie over het nationale grondgebied te benadrukken (op dit moment zijn er ongeveer 60 actieve MFG's in verschillende regio's), maar ook het voortdurende werk van vergelijking, onderzoek en training dat wordt uitgevoerd door LIPsiM.

Het bestaan van een associatieve structuur, die voorziet in een netwerk van ondersteuning, stimulans en diepgaande analyse van MFG's met betrekking tot de behandeling van psychische nood, blijkt een cruciale factor te zijn in de verspreiding en adequate ontwikkeling van een dergelijk complex interventie-instrument. Bovendien, wat betreft de organisatie van geschikte trainingssessies voor MFG begeleiders/facilitators, zou een gunstige actie voor de doelstellingen van het project het opzetten van een Europese associatieve structuur kunnen zijn. Parallel aan de praktijken van LIPsiM in Italië zou deze inspanning ondersteuning en online platforms bieden voor deze programma's.

Met betrekking tot het ontwerp van adequate trainingen moet in overweging worden genomen hoe de vragenlijstgegevens en de focusgroepdiscussies benadrukken dat MFG's in bijna alle gevallen worden uitgevoerd door een begeleidersteam, waarvan de samenstelling vaak heterogeen is en gevarieerde professionele achtergronden in academische training, functies en klinische ervaring omvat. Deze situatie vormt een boeiende uitdaging bij het opstellen van trainingsprogramma's die niet alleen rekening moeten houden met de verschillende dimensies van management, maar ook met de creatieve integratie van uiteenlopende vaardigheden van verschillende professionele figuren. Daarom lijkt het definiëren van transversale vaardigheden die essentieel zijn voor het samenstellen van een solide en coherent begeleidersteam, naast de precieze constructie van een theoretisch referentiekader, een cruciaal aspect.

Een terugkerend kenmerk dat in de vragenlijst wordt genoemd met betrekking tot ervaringen met meerdere gezinnen is het bestaan van een speciale reflectieruimte direct na de MFG-bijeenkomst. Deze ruimte is bedoeld voor discussies tussen begeleiders, zoals benadrukt in de analyse van de verzamelde gegevens. Ondanks het feit dat deze ruimte door alle huurders als een fundamenteel moment wordt beschouwd en een essentieel onderdeel is van multifamiliaal werk, stuit deze ruimte op tal van obstakels als het gaat om het waarborgen en erkennen van deze ruimte binnen het institutionele kader. De analyse van de antwoorden van de begeleiders die aanwezig waren in de focusgroep die aan hen was gewijd, benadrukt hun perspectief. Hoewel de begeleiders geen interne kritiek op deze praktijk erkennen en alleen de voordelen ervan noemen, maken ze wel melding van een reeks externe obstakels die te wijten zijn aan weerstand binnen de institutionele context. Deze belemmeringen omvatten een gebrek aan respect voor grenzen als gevolg van institutionele opdringerigheid en klinische noodsituaties, in combinatie met een gebrekkige bereidheid van de geestelijke gezondheidszorg om reflectief te werken.

Uit de focusgroepdiscussies kwamen consistente inzichten naar voren over de deelname van ten minste twee generaties en de inclusie van personen met grotere moeilijkheden - een voorwaarde voor betrokkenheid bij het onderzoek. Ongeacht de theoretisch-methodologische oriëntatie, worden deze elementen overwegend waargenomen bij ervaringen met meerdere gezinnen, vaak als belangrijke aspecten van de interventie. De complexiteit die inherent is aan het managen van deze aspecten wordt als natuurlijk beschouwd, terwijl externe obstakels, vaak organisatorisch of structureel, worden toegeschreven aan echte institutionele weerstand.

Om het begrip en de verspreiding van multifamiliaal werk te verbeteren, wordt het cruciaal om rekening te houden met deze culturele/ideologische moeilijkheden bij het bedenken van klinische interventies die familieleden en zorgvragers samenbrengen. Trainingen voor MFG's zouden voorbereidende momenten moeten bevatten die gericht zijn op de cultuur en het functioneren van geestelijke gezondheidszorg en ondersteunende contexten.

Een dergelijke veelzijdige informatie/trainingsinterventie omvat meerdere trainingsniveaus waarbij individuele operators, werkgroepen en institutionele contexten betrokken zijn.

## 4. VERSLAG VAN BELGIË

### 4.1. BELGISCHE SITUATIE

België heeft drie officiële talen (Nederlands, Frans en Duits). Het land is georganiseerd in verschillende gezagsniveaus: de federale staat, de deelstaten (drie gewesten op basis van grondgebied en drie gemeenschappen op basis van taal) en de lokale overheden (provincies en gemeenten). Het gezag over de gezondheidszorg is verdeeld tussen de federale overheid en de deelstaten.

De Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de algemene organisatie en planning van het gezondheidssysteem. Op federaal niveau beheert het Nationaal Instituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) de verplichte ziekteverzekering via sociale bijdragen.

De deelstaten zijn de belangrijkste bevoegde instanties voor geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, eerstelijns- en thuiszorg, revalidatie, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Voor de samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten worden regelmatig interministeriële conferenties georganiseerd.

Het budget voor de ziekteverzekering en het gezondheidsbeleid wordt bepaald tijdens onderhandelingen tussen vertegenwoordigers van de overheid, patiënten (via de ziekenfondsen), werkgevers, werknemers en zelfstandigen. Zorgverleners zijn betrokken bij beslissingen over tarieven en terugbetalingen van medische diensten. Deze beslissingen worden vastgelegd in nationale overeenkomsten of overeenkomsten tussen vertegenwoordigers van zorgverleners en de ziekenfondsen.

#### Organisatie van geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg in België wordt voornamelijk gekenmerkt door een verticale structuur met de volgende hoofdfactoren:

- De federale FOD Volksgezondheid;
- De federale administratie van het RIZIV;
- De overheidsadministraties (Gemeenschappen en Gewesten).

Deze instanties zijn - in samenwerking met de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg - verantwoordelijk voor het beheer van de psychiatrische gezondheidszorg in voornamelijk residentiële structuren:

- De psychiatrische ziekenhuizen (PZ);
- De psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ);
- De Psychiatrische Verzorgingshuizen (PVT);
- De initiatieven voor beschermd wonen (IBW);
- De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

Naast deze instellingen zijn er heel wat zorgstructuren met een RIZIV-overeenkomst, zoals psychosociale revalidatiecentra en crisiscentra.

In België is de situatie in de geestelijke gezondheidszorg vrij complex. De federale overheid is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het financieren van psychiaters en psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen, terwijl de gemeenschappen en gewesten verantwoordelijk zijn voor het organiseren en financieren van ambulante geestelijke gezondheidszorg.

#### De-institutionalisering

Zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen werd de geestelijke gezondheidszorg in België sinds het einde van de 20e eeuw meermaals hervormd. Deze hervormingen waren erop gericht om mensen met mentale gezondheidsproblemen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving en sociale

structuur te behandelen, zodat patiënten zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving konden blijven.

De focus werd dus gelegd op meer integratie van zorg in de leefomgeving in plaats van in psychiatrische instellingen (de-institutionalisering).

#### Innovatieve initiatieven in de gezondheidszorg

Artikel 107 van de Ziekenhuiswet is een financieringstechniek die het mogelijk maakt om bedden in algemene en psychiatrische ziekenhuizen buiten gebruik te stellen en het geld dat daarmee vrijkomt te investeren in innovatieve zorginitiatieven zoals mobiele teams. Het personeel dat vrijkomt door het buiten gebruik stellen van bedden kan worden ingezet in alternatieve zorgverlening. In de praktijk gaat het om mobiele teams voor gespecialiseerde zorg in de thuissituatie of intensivering van de residentiële zorg.

## **4.2. VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG**

### **4.2.1. Institutionele/organisatorische context**

De vragenlijst werd verspreid onder 4 doelgroepen:

De eerste groep bestond uit 'experts' in MFG's. Experts' werden gedefinieerd als onderzoekers die gepubliceerd hadden over Multifamiliale Groepen in België. Op basis van de bibliografische studie werden vier experts geselecteerd voor Vlaanderen en drie experts voor Wallonië. De experts werden per mail benaderd met een uitnodiging om elkaar te ontmoeten per telefoon/zoom/in persoon (in september 2022) en vijf van hen gingen op deze uitnodiging in. Vervolgens werd het project mondeling geïntroduceerd en werd hen gevraagd een introductiebrief te verspreiden in hun netwerk en werd hun bereidheid gepeild om de vragenlijst in te vullen zodra deze klaar was. Na een maand ontvingen de experts de link naar de vragenlijst op Google Forms (in oktober 2022). In Vlaanderen reageerden drie experts en twee experts uit hun netwerk. In Wallonië kregen twee experts antwoord.

Een tweede doelgroep bestond uit psychiatrische ziekenhuizen. Alle psychiatrische ziekenhuizen werden geïnterviewd, waaronder 32 ziekenhuizen in Vlaanderen en 26 ziekenhuizen in Wallonië. De psychiatrische ziekenhuizen werden telefonisch gecontacteerd en gevraagd naar de verantwoordelijke/coördinator van de therapeutische/psychologische dienst binnen het ziekenhuis (in september 2022). Deze managers/coördinatoren werden mondeling voorgesteld aan het project en gevraagd om een introductiebrief te verspreiden onder hun personeel (in oktober 2022). Na een maand werden de managers/coördinatoren opnieuw gecontacteerd via e-mail, met een herinnering om deel te nemen aan het project en een link naar de vragenlijst op Google Forms (in november 2022). Van de 32 ziekenhuizen die in Vlaanderen werden gecontacteerd, kregen er 12 geen antwoord. Er werd ontdekt dat 11 ziekenhuizen geen ervaring of kennis hadden over MFG's. Twee ziekenhuizen gaven aan dat ze in het verleden wel een groep hadden, maar op dit moment niet - één groep vulde alsnog een vragenlijst in. Uiteindelijk werden in totaal 16 ingevulde vragenlijsten ontvangen van 7 verschillende ziekenhuizen. De familiegroepen in Vlaanderen zijn verspreid over de 5 provincies. Alle MFG's (behalve één in een ambulante groepspraktijk) zijn georganiseerd vanuit een psychiatrisch ziekenhuis. Zeven van de achttien Vlaamse groepen vinden plaats binnen de residentiële zorg, terwijl zes groepen gevestigd zijn op een afdeling die zowel daghospitalisatie/ambulante zorg als residentiële zorg aanbiedt. Daarnaast beschikken 4 groepen enkel over daghospitalisatie/ambulante zorg. In Brussel werd 1 MFG gevonden in het Universitair Algemeen Ziekenhuis, die plaatsvindt in een residentiële afdeling waar ook ambulante therapie mogelijk is. Van de 26 ziekenhuizen in Wallonië hebben er 8 niet gereageerd. Bovendien gaven 9 ziekenhuizen aan geen ervaring of kennis te hebben van MFG's, en 2 ziekenhuizen gaven aan geen tijd te hebben om mee te werken - één van de laatste gaf niet aan of ze kennis hadden van

MFG terwijl het andere aangaf dat ze wel ervaring hadden. Uiteindelijk werden 6 multifamilie groepen geïdentificeerd in 6 verschillende ziekenhuizen. Alle vragenlijsten uit Wallonië kwamen van psychiatrische centra verspreid over de 5 provincies. Er werd vastgesteld dat 3 van de 6 Waalse groepen zowel ambulante als residentiële zorg aanboden, 1 groep bood enkel residentiële zorg aan en 2 groepen boden enkel daghospitaal/patiëntenzorg aan.

Ten derde werd een lijst van 44 professionele organisaties, verenigingen en instellingen gegenereerd op basis van een webenquête. De beroepsorganisaties ontvingen een e-mail met een korte uitleg over het project, een introductiebrief en een link naar de vragenlijst op Google Forms (in oktober 2022). Daarnaast werd hen gevraagd om deze informatie te verspreiden onder hun leden. Noch in Vlaanderen, noch in Wallonië werd een antwoord ontvangen via een beroepsorganisatie.

Een vierde doelgroep bestond uit 29 gezinsorganisaties, waarvan 16 in Vlaanderen en 13 in Wallonië, beide gevonden via een webenquête. De gezinsorganisaties werden telefonisch of per e-mail gecontacteerd en kregen een korte uitleg over het project. Ze ontvingen de introductiebrief en de link naar de vragenlijst op Google Forms (in oktober 2022) en er werd hen gevraagd om deze informatie te verspreiden onder hun leden. Noch in Vlaanderen, noch in Wallonië werden reacties ontvangen van gezinsorganisaties.

Tot besluit werden 18 Nederlandstalige en 6 Franstalige MFG's geïdentificeerd.

#### 4.2.2. Karakteristieken

In Vlaanderen vertrekt 66,7% (12/18) van de groepen vanuit een systemische visie. Hiervan gebruikt 27,8% (5/18) uitsluitend een systemische achtergrond, terwijl 27,8% (5/18) de systeemtherapie combineert met een psycho-educatieve achtergrond (zoals gedragstherapie of het Maudsley-model). Bovendien combineert 11,1% (2/18) een systemische benadering met een psychoanalytische achtergrond (zoals psychodynamisch of Garcia Badaracco). Daarnaast baseert 11,1% (2/18) van de groepen zich uitsluitend op het Maudsley-model, 5,6% (1/18) past alleen psycho-educatie toe, 5,6% (1/18) baseert zich uitsluitend op gedragstherapie en 5,6% (1/18) volgt uitsluitend het Garcia Badaracco model. In Vlaanderen heeft 83,3% (15/18) van de groepen psychotherapie doelen en 61,1% (11/18) wil psycho-educatie aanbieden. In 55,6% (10/18) van de gevallen hoopt de groep elkaar steun te bieden.

In Wallonië vertrekken 83,3% (5/6) van de groepen vanuit een systeemtherapeutische visie. In 33,3% (2/6) van de gevallen wordt dit gecombineerd met een groepstherapeutische achtergrond, in 33,3% (2/6) met een psycho-educatieve visie (waarvan één volgens het model van Maudsley), en in 16,7% (1/6) van de gevallen met een psychodynamische visie. Slechts 16,7% (1/6) werkt uitsluitend volgens een psychodynamisch model. In Wallonië geven alle groepen aan dat ze zich richten op het bieden van steun en zelfhulp aan lotgenoten. De meeste groepen hebben therapeutische doelstellingen, behalve één groep, die expliciet aangeeft geen therapie te willen aanbieden. Bovendien wil 66,7% (4/6) van de groepen psycho-educatie aanbieden.

#### 4.2.3. Begeleiding

In Vlaanderen werkt 61,1% (11/18) van de groepen alleen met co-therapeuten, terwijl er in de overige 38,9% (7/18) één (of twee) groepsleiders zijn. In alle Vlaamse groepen is er een psycholoog (of pedagoog) die in 55,6% van de gevallen (10/18) samenwerkt met een verpleegkundige. Bovendien is in 33,3% (6/18) van de groepen een maatschappelijk werker aanwezig, in 27,8% (5/18) een psychiater, in 22,2% (4/18) een psychomotorisch therapeut, in 11,1% (2/18) van de gevallen een diëtist, een creatief of dramatherapeut, of een ervaringsdeskundige. In één groep (6%) neemt een pedagoog deel.

In Wallonië werkt 66,7% (4/6) van de groepen enkel met co-therapeuten, terwijl er in de andere 33,3% (2/6) een groepsleider is. In de meerderheid van de Waalse MFG's (83,3% of 5/6) is de centrale as een arts-verpleegkundige, in 50% aangevuld met een psycholoog of een pedagoog, en in 16,7% (1/6) met een maatschappelijk werker. Slechts 1 groep (16,7% van het totaal) wordt begeleid door slechts één psycholoog.

In Vlaanderen zijn er 29 soorten therapeuten, waarvan 48,3% (14/29) systeemtherapeut is, 20,7% (6/29) cognitief-gedragstherapeut, 10,3% (3/29) psychodynamisch therapeut, 6,9% (2/29) psychoanalyticus, 3,4% (1/29) groepstherapeut en 10,3% (3/29) ander soort therapeut. In Wallonië zijn er 15 soorten therapeuten, waarvan 33,3% (5/15) systeemtherapeuten, 26,7% (4/15) cognitief-gedragstherapeuten, 13,3% (2/15) psychodynamische therapeuten, 13,3% (2/15) groepstherapeuten en 13,3% (2/15) andere soorten therapeuten.

#### 4.2.4. Deelnemers

De vragenlijst had tot doel ervoor te zorgen dat alle groepen minstens twee generaties herbergen. In Vlaanderen zijn patiënten afwezig in 11,1% (2/18) van de groepen, terwijl dit in Wallonië in 50% (3/6) van de groepen voorkomt. De steekproef van 24 MFG's kan worden ingedeeld in vijf groepen op basis van pathologie en leeftijdsfase:

1. Wat eetstoornissen betreft, richten alle groepen, zowel in Wallonië (1) als in Vlaanderen (5), zich op adolescenten en jongvolwassenen.
2. Wat de verslavingszorg betreft, zijn er in Vlaanderen 2 groepen voor adolescenten/jongvolwassenen en 2 groepen voor volwassenen. In Wallonië werd geen specifieke groep binnen de verslavingszorg gevonden.
3. Wat psychosezorg betreft, richten 2 van de 3 groepen in Vlaanderen zich op de overgangleeftijd (van 15 tot 30 jaar). In Wallonië werden geen MFG's gevonden binnen de psychosezorg.
4. Met betrekking tot affectieve stoornissen werden 1 Vlaamse en 1 Waalse familiegroep gevonden.
5. Terwijl in Wallonië de heterogene groepen vooral gericht zijn op een volwassen publiek (3, naast 1 groep gericht op adolescenten/jongvolwassenen), zijn er in Vlaanderen 4 heterogene groepen uitsluitend te vinden bij adolescenten/jongvolwassenen.

#### 4.2.5. Structuur en werking

Verskillende soorten groepen kunnen geclusterd worden rond een bepaalde pathologie:

1. 25% (6/24) van de groepen focust op eetstoornissen, waarvan 5 in Vlaanderen en 1 in Wallonië. Dit zijn voornamelijk gesloten groepen, op één traag-open groep na. Onder hen putten 4 groepen (3 Vlaamse en de Waalse) inspiratie uit het model van Maudsley, gebaseerd op cognitieve principes. Deze groepen komen 8 tot 10 keer per volledige dag samen, met een dalende frequentie doorheen het jaar. Hoewel ze hetzelfde model volgen, varieert elke groep in frequentie en spreiding van de sessies. De overige 2 Vlaamse groepen die zich bezighouden met eetproblematiek hanteren een systemisch perspectief. De ene komt wekelijks samen gedurende twee maanden, terwijl de andere tweewekelijks samenkomt gedurende 2 tot 3 uur.
2. 16,7% (4/24) vormen gesloten groepen voor verslavingsbehandeling, gestructureerd in terugkerende reeksen van 4 tot 5 sessies. De sessies duren 1,5 tot 2 uur op tweewekelijkse basis.
3. 12,5% (3/24) van de groepen richten zich op psychosezorg. Eén groep volgt het psycho-educatieve model van McFarlane, uitgevoerd in een gesloten setting met een vooraf bepaalde reeks van zes sessies. Deze sessies beginnen tweewekelijks en gaan vervolgens maandelijks door, gevolgd door een pauze van drie maanden. Er zijn twee groepen die beïnvloed worden door Garcia Badaracco's aanpak, elk met een andere indeling: De ene werkt met een vaste groep over vier sessies, die elke drie weken samenkomen (de eerste drie zijn online en de laatste bijeenkomst vindt persoonlijk plaats). De andere groep is open en komt tweewekelijks 1,5 uur bij elkaar.

4. 8,3% (2/24) van de groepen richten zich op affectieve stoorniszorg. De Vlaamse groep hanteert een psycho-educatieve aanpak in een traag-open setting, waarbij deelname aan wekelijkse sessies op indicatie mogelijk is. De Waalse groep is open en komt maandelijks samen gedurende twee uur.
5. 29,2% (7/24) van de groepen zijn heterogeen en zeer divers. In Vlaanderen komt één groep driemaandelijks samen voor 'familieavonden' met een psycho-educatieve doelstelling. Een andere traag-open groep, gericht op dubbele diagnoses van verslaving en persoonlijkheidsstoornissen, komt tweewekelijks samen gedurende 1,75 uur. Een derde groep is zes sessies gesloten en komt tweewekelijks samen, en een vierde groep is open en komt tweewekelijks samen. In Wallonië hebben drie open groepen een gelijkaardig profiel, geïnspireerd op het werk van Serge Mertens de Wilmars. Deze groepen richten zich op volwassenen en komen maandelijks samen gedurende 2 uur. Een andere heterogene groep in Wallonië bevindt zich in de oprichtingsfase en wil een maandelijkse gesloten groep oprichten.

Zowel in Vlaanderen als in Wallonië is twee derde van de groepen middelgroot, terwijl de resterende 33,3% klein is. Eén groep in Vlaanderen springt er echter uit met meer dan 30 deelnemers. Ongeacht de grootte zijn de locaties op maat gemaakt om de groep tegemoet te komen en vertrouwelijkheid te garanderen. Deelnemers schikken zich meestal in een concentrische cirkel, behalve in vier Vlaamse verslavingsgroepen en de psycho-educatieve affectieve groep waar ze aan een tafel zitten.

De oudste groep is de Vlaamse psycho-educatieve affectieve groep, opgericht in 2000. Daarna volgde een opmerkelijke toename van groepen die zich bezighouden met eetproblemen, met de eerste in 2003, gevolgd door twee in 2007 (een Waalse en een Vlaamse). Vervolgens is er een geleidelijke opkomst geweest, waarbij de afgelopen tien jaar jaarlijks één groep van start ging en momenteel drie groepen zich in de beginfase bevinden.

Wat onderbrekingen betreft, heeft 44,4% (8/18) van de groepen in Vlaanderen en 33,3% (2/6) in Wallonië nooit te maken gehad met onderbrekingen. Omgekeerd heeft 33,3% (6/18) van de groepen in Vlaanderen en 66,6% (4/6) in Wallonië hun activiteiten moeten onderbreken als gevolg van de pandemie. Bovendien ondervond 22,2% (4/18) van de Vlaamse groepen onderbrekingen door personeelstekort.

Na de onderbreking hervatten de meeste groepen hun bijeenkomsten op locatie. Eén groep vroeg deelnemers echter om zich vooraf in te schrijven en een andere groep bleef het online medium gebruiken. Een klein deel, 8,3% (2/24) van de groepen, is er nog niet in geslaagd om opnieuw op te starten.

#### 4.2.6. Doorverwijzing

In de Vlaamse groepen zijn interne doorverwijzingen de exclusieve norm, behalve in de ambulante groep. In de Waalse groepen is er echter een duidelijk patroon: slechts één groep vertrouwt enkel op interne doorverwijzingen, terwijl de andere vier groepen zowel interne als externe deelnemers verwelkomen.

### 4.3. FOCUSGROEPEN

#### 4.3.1. Focusgroepen met MFG-begeleiders

##### 4.3.1.1. Deelnemers

Na de voltooiing van de verspreiding en samenstelling van de vragenlijst, zoals overeengekomen in de definitiefase van het project, werd een focusgroep georganiseerd die zich richtte op een



representatieve steekproef van begeleiders die betrokken waren bij het onderzoek. Experts uit elke regio (Frans en Nederlands) werden via e-mail gecontacteerd en de data werden gepland op basis van hun beschikbaarheid. De eerste focusgroep voor de Franstalige deelnemers vond plaats op 10 januari en voor de Nederlandstalige deelnemers op 13 januari 2023, elke sessie duurde 90 minuten. Uitnodigingen werden vervolgens per post verstuurd naar alle respondenten van de vragenlijst: 18 uit Vlaanderen en 9 uit Wallonië. Respondenten kregen de vrijheid om MFG-collega's uit te nodigen, wat resulteerde in een groep van 14 deelnemers voor Vlaanderen en 16 voor Wallonië, inclusief de moderator en twee waarnemers.

Voor de daaropvolgende diepgaande focusgroep met MFG-therapeuten werden zowel de experts als de respondenten opnieuw uitgenodigd. De Franstalige sessie was gepland op 20 februari en de Nederlandstalige sessie op 21 februari 2023, en duurde ook 90 minuten. Respondenten werden aangemoedigd om zelf MFG-collega's uit te nodigen. Daarnaast werd een extra Franstalige expert uitgenodigd voor de Waalse groep, en een ervaren MFG-therapeut voor de Vlaamse groep. Bijgevolg bestond de Vlaamse groep uit 13 deelnemers en de Waalse groep uit 10 deelnemers, inclusief de moderator en twee observatoren.

#### 4.3.1.2. Methodologie

In elke regio werden twee focusgroepen georganiseerd met een tussentijd van ongeveer een maand, wat resulteerde in een totaal van vier bijeenkomsten met MFG-therapeuten (twee in het Nederlands, twee in het Frans). Tijdens de eerste bijeenkomst werd een SWOT-analyse uitgevoerd op basis van de resultaten van de vragenlijst. Tijdens de tweede bijeenkomst werden de bevindingen van de eerste focusgroep verder uitgediept. Elke focusgroep werd geleid door een externe moderator, vergezeld door twee waarnemers. De bijeenkomsten vonden plaats via Zoom en werden opgenomen. Van de opnames werd een geanonimiseerd transcript gemaakt en naar de deelnemers gestuurd.

#### 4.3.1.3. Resultaten

Hier volgt een samenvatting van de bevindingen van elke focus:

##### **Focusgroep 1: Franstalig, SWOT-analyse:**

Sterke punten:

- MFG's sluiten aan bij een paradigmaverschuiving binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij families de grootst mogelijke aandacht krijgen, naast patiënten en zorgverleners;
- Het helpt bij destigmatisering en vergemakkelijkt het leggen van contacten binnen en buiten de psychiatrie voor zowel familieleden als andere betrokken hulpverleners;
- MFG komt voort uit een relationele ethiek, waarbij zorgen worden aangepakt in relatie tot elkaar;
- Omarmt een gemeenschapsaanpak en creëert een microkosmos die collectieve steun mobiliseert;
- Deelnemers ervaren wederzijdse steun en solidariteit binnen de groep;
- Collega's zijn vaak opener naar elkaar dan naar hulpverleners, wat resulteert in minder defensieve barrières en een grotere ontvankelijkheid voor emotioneel leren;
- Het vervullen van een 'helper'-rol voor anderen binnen de groep leidt vaak tot nieuwe inzichten over iemands situatie;
- De veelheid aan perspectieven stelt individuen in staat zichzelf in anderen te herkennen en zichzelf van anderen te onderscheiden. Door het proces van identificatie en differentiatie krijgt iemand inzicht in zijn unieke situaties;
- Vergemakkelijkt de verdeling van verantwoordelijkheden tussen generaties: ouders richten zich op hun ouderlijke competenties, terwijl kinderen zich bezighouden met hun ontwikkelingstaken van scheiding/individueelheid;
- Legt de nadruk op trans- en intergenerationele dialoog en bevordert communicatie in realtime;

- Biedt een breed scala aan methodologieën binnen MFG's:
  - Groepsdynamiek: gesloten voor veiligheid, open voor diversiteit;
  - Pathologische focus: homogeen voor cohesie, heterogeen voor vrijheid;
  - Procesevolutie: parallel voor hoop (vergelijkbare collectieve evolutie), divergent voor kruisbestuiving (verschillend punt in evolutie);
  - Therapeutische doelen: direct en duidelijk vermeld, of indirect gegenereerd uit het kader voor therapeutische effecten.
- Een aanvulling op andere therapeutische vormen zoals individuele therapie, individuele gezinstherapie en groepstherapie;
- Biedt waardevolle leermogelijkheden voor hulpverleners.

#### Zwakke punten:

- Niet alles kan in een groep worden gedaan: soms is het nodig om parallel individuele gezinsbijeenkomsten te organiseren;
- Moeite met indicatiestelling in potentieel grote en diverse groepen;
- Potentieel voor versterking of handelen uit schuldgevoel binnen de groepsdynamiek;
- Afwijkingen in de vooruitgang van deelnemers, zoals terugvallen of negatieve ontwikkelingen, kunnen een negatief effect hebben op anderen.

#### Mogelijkheden:

- Onderzoek naar de potentiële rol van MFG's binnen de eerstelijnszorg.

#### Bedreigingen:

- Tijdrovend proces om MFG-cultuur in een organisatie te verankeren;
- Organisatorische uitdagingen zoals het vinden van geschikte locaties, extra MFG-therapeuten en planning;
- Aandachtige inspanningen vereisen om gezinnen effectief te betrekken bij de MFG-opzet.

### **Focusgroep 2: Nederlandstalig, SWOT-analyse:**

#### Sterke punten:

- Sluit aan bij de huidige trend om zich bij counseling te richten op zowel de patiënt als het systeem en counseling te positioneren als een 'brug' in plaats van een 'muur';
- Compenseert gevoelens van machteloosheid bij familieleden tijdens ziekte door een gevoel van collectieve behandeling te stimuleren;
- Werkt als een vorm van empowerment, waardoor gezinnen de positieve eigenschappen van elkaar kunnen benadrukken;
- Moedigt wederzijdse steun onder leeftijdsgenoten aan en geeft hen meer autoriteit om advies te geven dan adviseurs;
- Bevordert genezing door binding, (h)erkenning en het delen van ervaringen binnen de MFG-setting;
- Biedt mogelijkheden voor indirect leren door andere gezinnen te observeren, wat aanzet tot introspectie en leren over de eigen situatie in een aangenaam tempo;
- Stimuleert zelfzorg en het stellen van grenzen binnen de familiestructuur, wat de afstemming tussen de generaties verbetert;
- Biedt een platform om vastgelopen familiale dynamieken aan te pakken, zodat mensen zich op een nieuwe manier gehoord en begrepen voelen door andere ouders/jongeren;
- Omarmt diversiteit in betrokkenheid van patiënten/tweede generatie:
  - Patiënt uitgenodigd maar afwezig;
  - Patiënt als de uitnodigende partij;
  - Participatie van de familie gekoppeld aan betrokkenheid van de patiënt;
  - De patiënt is opgelucht dat de familie een aparte ruimte heeft waar ze niet hoeft deel te nemen.

#### Zwakke punten:

- Timing is cruciaal voor MFG-deelname, mogelijk ongeschikt tijdens persoonlijke capaciteitsbeperkingen (bv. tijdens crises of overweldigende situaties, blootstelling aan zware verhalen van anderen);

- Vereist zorgvuldige indicatie en duidelijke afbakening van de groep (leeftijd, ziektestadium) voor herkenning, cohesie, het vermijden van chronische beeldvorming voor jongere deelnemers en het voorkomen dat oudere deelnemers geconfronteerd worden met verliesgerelateerde rouw;
- MFG's kunnen vergelijking met leeftijdsgenoten bevorderen, wat leidt tot verhoogde Uitgedrukte Emotie;
- Dreigt onderliggende conflicten te verergeren.

#### Mogelijkheden:

- Integratie van MFG's binnen de psychologenconventie;
- Biedt aanzienlijke kostenefficiëntie voor instellingen.

#### Bedreigingen:

- Potentiële conflicten voor therapeuten die ook individueel met patiënten of gezinnen werken;
- Vereist minstens twee therapeuten, mogelijk een derde afhankelijk van de groepsgrootte;
- Risico verbonden aan te grote groepen;
- Financiële implicaties: het systeem kan niets in rekening brengen als de patiënt niet meedoet;
- Het belang van het verbinden van MFG's met een bredere geestelijke gezondheidscontext om isolement te voorkomen.

### **Focusgroep 3: Nederlandstalig, diepgaande analyse:**

#### Focus 1: Omgaan met verschillende hulpvragen binnen 1 systeem:

- Sommige plaatsen vereisen toestemming van de patiënt om netwerken uit te nodigen voor opname;
- Specifieke gebruikte modellen:
  - Psycho-educatie: biedt structuur en fasen voor het behandelen van verschillende vragen.
  - Op gehechtheid gebaseerd gezinstherapiemodel: aanvankelijk gericht op hechting/verbinding/herstel van vertrouwen, voordat aan symptomen wordt gewerkt;
  - Beginfase: maak verschillende, persoonlijke hulpvragen expliciet; tweede fase: kies 1 hulpvraag waar de groep zich op richt;
  - Gebruik van een 'worry box': anoniem onderwerpen aandragen, willekeurig getrokken voor discussie.
- Individuele (gezins)therapie als aanvulling:
  - Bereidt deelname aan MFG voor, neemt weerstand weg bij zowel familie als patiënten en stemt gezamenlijke hulpvragen op elkaar af;
  - Werkt parallel met MFG's voor het behandelen van al te familiespecifieke hulpvragen.
- Informatiesessies voor netwerken om het MFG-kader te interpreteren;
- Discussies binnen MFG's over de effecten van toezeggingen van deelnemers.

#### Focus 2: Verzet tegen betrokkenheid van MFG:

- Van patiënten/familie:
  - Inhaalslag door: motiverende voorbereiding in individuele gezinsgesprekken, gebruik van non-verbale technieken tijdens MFG's, en vragen om feedback tijdens individuele gezinsgesprekken.
- Directe dialoog kan tot spanning leiden:
  - Specifiek voor MFG's is het gebruik van indirecte communicatie: leeftijds-/rol-/lotgenoten kunnen helpen bij het beantwoorden van vragen waarover directe communicatie binnen het gezin nog niet mogelijk is.
- Van therapeuten:
  - Als bepaalde thema's niet thuishoren in MFG's, omdat ze te persoonlijk of intiem worden geacht om te bespreken.

#### Focus 3: Behoeft aan supervisie/intervisie:

- Evaluatie met de deelnemers:
  - Vragen stellen in de MFG: "Hoe heeft iedereen dit ervaren?"

- Gebruik van feedbackformulieren die aan het einde van de sessie door de gebruikers worden ingevuld.
- Debriefing' onder de co-therapeuten:
  - Noodzakelijke aanpassingen en bijstellingen voor de toekomst bespreken;
  - Afstemming tussen co-therapeuten;
  - Erkenning van persoonlijke familiale en kwetsbare kanten.

#### Focus 4: Huidige behoeften van MFG:

- Uitwisseling van praktische voorbeelden, goede praktijken, technieken en oefeningen;
- Hoe verzamel je voldoende deelnemers - stabiele instroom;
- Hoe om te gaan met volwassen kinderen.

### **Focusgroep 4: Franstalig, diepgaande analyse:**

#### Focus 1: Omgaan met verschillende hulpvragen binnen 1 systeem:

- Vrijheid om te werken met verschillende hulpvragen van verschillende leden van een systeem;
- Geen vereiste dat twee generaties aanwezig zijn binnen 1 systeem, maar eerder dat twee generaties aanwezig zijn binnen de groep omwille van het belang van 'systeemoverstijgende'/inter- en transgeneratieve identificaties: leeftijd/rol/maatjes kunnen helpen onderscheid te maken tussen eigen gevoelens en die van familieleden;
- De groep als plek om te praten over de betekenis van afwezige familieleden.

#### Focus 2: Verzet tegen betrokkenheid van MFG:

- Van patiënten/familie:
  - Psychiatrische aandoeningen/ziekenhuisstigma, waardoor schaamte en schuldgevoel ontstaan:
    - De regel van 'vertrouwelijkheid' van de groep ('wat in de groep gezegd wordt, blijft in de groep') is drempelverlagend: het stelt mensen sneller op hun gemak;
    - Horizontaliteit/gelijkwaardigheid benadrukken tussen patiënt - familie - zorgverlener: elkaar hier ontmoeten als 'mensen'!
  - Angst dat familieleden MFG's zullen 'gebruiken' om gelijk te krijgen: angst dat MFG's de familiedynamiek zullen versterken;
  - Angst om taboes of familiegeheimen te onthullen;
  - Angst als er niet direct concrete handvatten worden gegeven.
- Van therapeuten:
  - Angst voor destructieve krachten:
    - Escalatie van agressie of conflicten die niet door de groep kunnen worden gedragen;
    - Gebruik van stoffen voorafgaand aan MFG's zodat je onder invloed bent.

#### Focus 3: Behoefte aan supervisie/intervisie:

- Debriefing' onder co-therapeuten:
  - Hoe voelde je je aan het begin van de sessie en hoe voel je je nu?
  - Wat heeft je geraakt? Wat was moeilijk?
  - Heb je je plaats gevonden in je groep?
  - Waarmee vertrek je?
- Ga van 'debriefing' na de groep naar 'in' de groep: sluit de sessie af met een korte reflectie op de bovenstaande vragen;
- Impact van de MFG in de bredere context (team, ziekenhuis, gemeenschap);
- Intervisie als leermoment met therapeuten van verschillende MFG's.

#### Focus 4: Huidige behoeften van MFG:

- Vraag naar interventie voor MFG-therapeuten van verschillende MFG's;
- Garcia Badaracco trainingsmodel:
  - MFG's maken geen deel uit van het universitaire curriculum en worden gegeven als korte module in de cursus systeemtherapie.
- Kader voor het verwelkomen van MFG-therapeuten-in-opleiding:
  - Creëer een netwerk voor stages;

- Groep open om MFG therapeuten-in-opleiding te ontvangen;
- Minimale inzet: deelname aan 3 opeenvolgende MFG's.

### 4.3.2. Grote experimentele groep met potentiële MFG-gebruikers

#### 4.3.2.1. Deelnemers

De grote groep patiënten, familieleden en therapeuten werd samengesteld door deelnemers aan de ISPS Low Countries Study Day (op 27 januari 2023). De groep bestond uit 2 moderatoren en 94 deelnemers. Deze grote groep was alleen in het Nederlands.

#### 4.3.2.2. Methodologie

De grote groep bestond uit een gemengd publiek waar alle deelnemers werden uitgenodigd om vragen, opmerkingen en ervaringen over MFG's te delen, zonder vragen om hen te begeleiden. De groep werd geleid door de twee onderzoekers. De bijeenkomst was hybride, via Zoom en persoonlijk, en werd opgenomen. Van de opname werd een geanonimiseerd transcript gemaakt.

#### 4.3.2.3. Resultaten

Deze onderwerpen verschijnen spontaan:

- Mentaliteitsverandering in de geestelijke gezondheidszorg: de vraag is niet langer: 'Hoe kunnen we de familie laten participeren', maar eerder: 'Hoe kunnen we participeren in iets dat er al is?'
- Het is belangrijk om te beginnen bij degene die de vraag heeft, vaak de familie (terwijl de patiënt met psychose vaak een zorgweigeraar is):
  - De familie heeft ook recht op zorg;
  - De familie kan spreken vanuit hun eigen naam (over zichzelf) - dit zorgt voor veiligheid voor de patiënt;
  - De patiënt heeft ook recht op grenzen: als psychose wordt begrepen als het absorberen van onverwerkte generatiestukken, dan is afstand nodig om jezelf te worden;
  - Uit het contact met familieleden kan indirect een vraag ontstaan bij zorgweigerars.
- Het is belangrijk om de familie er vanaf het begin bij te betrekken, of anders gezegd, het is duidelijk dat de hulpverlener, als 'buitenstaander van de familie', met het systeem als geheel werkt, zowel met de familie als met de patiënt:
  - Als functie van het voorkomen van een crisis/escalatie/confidence breakdown;
  - Rol van vertrouwen met familie (hoeft beroepsgeheim niet te doorbreken);
  - Aandacht hebben/bereiken;
  - Vaak vanuit een niet-therapeutische invalshoek:
    - Verpleegkundige: rondleiding op de afdeling, huisbezoek;
    - Activiteiten: samen dingen doen;
    - Psycho-educatie;
    - Lotgenotencontact: simulaties of een gecentraliseerde familiegroep (zonder patiënten);
    - Soteria huis.
- Wat kan de weerstand van gezinnen zijn om deel te nemen aan therapeutische activiteiten (Open Dialooggesprek, Multifamilie groep)?
  - Schande;
  - Angst voor confrontatie, om iets onder ogen te zien;
  - Je kwetsbaar moeten opstellen.
- Pauze, afstand en grenzen hoeven niet radicaal te zijn:

- Tijdelijk: zodat een crisis kan verdwijnen;
- Enerzijds fysiek afstand nemen, anderzijds op andere manieren 'een lijn openhouden';
- Gebruik van verschillende functies/rollen binnen een interdisciplinair team.
- Het belang van contact met je eigen kwetsbaarheid/ onverwerkte generatiestukken als counsellor.

#### 4.3.3. Conclusies van de focusgroepen

Tijdens vier focusgroepen en een grote experimentele groep met potentiële gebruikers van MFG's, in twee landstalen (Nederlands en Frans), werden 5 experts in MFG's bereikt, naast 22 zorgverleners met ervaring in MFG's en een groep van 94 geïnteresseerde zorgverleners, patiënten en familieleden. Er werd een SWOT-analyse uitgevoerd en een diepgaande analyse van enkele kernpunten van MFG's. Multifamilie groepen sluiten aan bij een paradigmaverschuiving binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij families de grootst mogelijke aandacht krijgen, naast patiënten en zorgverleners.

De therapeutische techniek van MFG toont uitgebreide toepasbaarheid in verschillende therapeutische kaders, methodologieën, doelgroepen en behandelcontexten. Het potentieel is veelbelovend vanwege de volgende mogelijkheden die het biedt:

- Aanzienlijke kostenefficiëntie voor instellingen;
- Haalbaarheid van de implementatie van MFG's binnen de eerstelijnszorg (artikel 107);
- Haalbaarheid van het integreren van MFG's binnen de conventies van psychologen.

De implementatie van MFG wordt echter geconfronteerd met verschillende externe uitdagingen:

- Het vestigen van een MFG-cultuur binnen een organisatie vergt tijd;
- Organisatorische uitdagingen zijn onder andere het vinden van geschikte locaties, het werven van extra MFG-therapeuten en het plannen van geschikte tijden voor alle deelnemers;
- Het betrekken van gezinnen vereist gerichte aandacht;
- Er ontstaan financiële implicaties als de patiënt niet meewerkt, wat gevolgen heeft voor het vermogen van het systeem om kosten in rekening te brengen.

MFG's werken vanuit een relationele metapsychologie en ethiek en benaderen psychopathologie binnen haar relationele context. Het bevordert een gemeenschappelijke ruimte waar individuen kunnen samenkomen, wat wederzijdse steun en solidariteit stimuleert. Een dergelijke setting draagt bij tot destigmatisering, waardoor de impact verder reikt dan de MFG en de afdeling, de instelling en de bredere gemeenschap beïnvloedt.

Trans- en intergenerationele dialoog staat centraal in MFG's. Het raamwerk geeft aanleiding tot verschillende soorten relaties (overdrachten): horizontale verbindingen tussen deelnemers (multi- en transgenerationeel), verticale interacties met therapeuten en een holistisch engagement gericht op de groep als geheel.

Het ervaringsleren binnen MFG's wordt gekenmerkt door:

- Een in-vivo leersituatie waarin leren communiceren centraal staat;
- Een indirect leerproces: in plaats van directe confrontatie of communicatie worden vaak alternatieve inzichten en ervaringen aangeboden via andere leeftijds-, rol- en potentiële leeftijdsgenoten. Enerzijds stelt de veelheid aan perspectieven deelnemers in staat zichzelf in anderen te herkennen. Aan de andere kant geeft het individuen de mogelijkheid om zichzelf van anderen te onderscheiden. Door dit proces van identificatie en differentiatie krijgt men meer inzicht in de uniciteit van hun persoonlijke situatie. Omdat elke deelnemer deze inzichten in zijn eigen tempo kan ontwikkelen en zich eigen kan maken, kan dit resulteren in een grotere openheid en ontvankelijkheid voor emotioneel leren;
- Bij het leerproces zijn alle deelnemers betrokken: patiënt, familie en zorgverlener.

Er zijn echter inherente valkuilen in MFG's die aandacht verdienen:

- Drempel: moeite met deelname door schaamte, schuldgevoel en stigma bij patiënten en familieleden;
- Diverse hulpvragen binnen hetzelfde systeem, wat vragen oproept over toestemming of weigering van de patiënt met betrekking tot familieparticipatie;
- Gevoelige inhoud: crises of uitdagende onderwerpen kunnen moeilijk aan te pakken zijn in een grotere groepssetting, wat leidt tot mogelijke uitdagingen zoals familiegeheimen of taboes;
- Dynamiek: destructieve familiepatronen kunnen versterkt worden binnen de groep (toenemende EE); verschillen in evolutie van deelnemers (bv. door terugval, negatieve evolutie) kunnen een negatieve invloed hebben op andere deelnemers;
- Organisatorische uitdagingen: open MFG's kunnen leiden tot grote, diverse groepen zonder cohesie (jonge deelnemers kunnen bijvoorbeeld afgeschrikt worden door een chronisch imago, of oude deelnemers kunnen te maken krijgen met rouw om wat verloren is gegaan).

Deze valkuilen kunnen worden vermeden door specifieke MFG-competenties te ontwikkelen en te versterken:

- Door gebruik te maken van specifieke therapeutische technieken en een duidelijk kader kan een veilig en open klimaat gecreëerd worden, waarin verschillende hulpvragen gehonoreerd kunnen worden. Deze technieken kunnen op een continuüm geplaatst worden: van een sterk gestructureerd kader (toepassing van psycho-educatie, infosessies, enz.), waarin de therapeut een verticale positie als expert inneemt, naar een kader gericht op diversiteit. Dit laatste omvat de vrijheid van participatie van familieleden in de functie van regulatie van afstand/ nabijheid, en heterogeen publiek, onder andere, met de therapeut in een horizontale positie als gelijkwaardige deelnemer;
- Door de draagkracht van MFG's te vergroten zijn parallele individuele gezinsessies minder nodig: crises en moeilijke thema's kunnen door de groep gedragen en uitgewerkt worden. Hierdoor raakt de MFG-therapeut minder in rolverwarring, terwijl hij tegelijkertijd individueel (gezins)therapeut is;
- Het potentieel van een grote, diverse MFG kan zich ontwikkelen door een voldoende groot team van MFG-therapeuten.

Voor de competentieontwikkeling van de MFG-therapeut worden de volgende behoeften benadrukt:

- Behoefte aan theoretische opleiding en training;
- Behoefte aan klinische stages, met een duidelijk kader voor MFG-therapeuten in opleiding;
- In plaats van supervisie wordt de noodzaak en toegevoegde waarde van intervisie genoemd, waarin MFG-therapeuten van verschillende MFG's samenkomen;
- Debriefing onder MFG-therapeuten na een MFG is gebruikelijk, waarbij persoonlijke ervaringen van MFG-therapeuten worden bevraagd;
- In sommige MFG's eindigt de sessie in een groep met een reflectie op het proces en/of de mogelijkheid voor individuele feedback (via een formulier). Dit kan MFG-therapeuten handvatten geven om technieken en methodieken verder te verfijnen.

#### 4.4. BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK

In België lag de nadruk op de Franse en Nederlandse taal (zie Bijlage 2 voor Frans en Bijlage 3 voor Nederlands), met uitzondering van het Duits.

Voor de Franse taal omvatte het bereik Wallonië (België) en Frankrijk, met uitsluiting van andere Franstalige landen. Voor de Nederlandse taal werd de nadruk gelegd op Vlaanderen (België) en Nederland, met uitsluiting van andere Nederlandstalige landen.

In het Franstalige onderzoek werden termen gebruikt als 'Thérapie Multi-Famille (TMF)', 'Thérapie Multi-Familiale', 'Le Groupe Multifamilial (MFG)', 'La Consultation Multi-Familiale (CMF)' en 'La Thérapie Sociale Multi-Familiale (TSM)'. Artikelen, monografieën, boeken en boekhoofdstukken, en doctoraatsthesisen werden verzameld uit België, Frankrijk, Canada en Zwitserland.

Voor het Nederlandstalige onderzoek werden termen als 'Multiloog', 'Meergezinsbehandeling', 'Groepsgezinstherapie' en 'Familiëdiscussiegroep' gebruikt. Uit België en Nederland werden artikelen, monografieën, boeken, hoofdstukken en proefschriften verzameld. Met name veel publicaties van Nederlandse onderzoekers werden in het Engels uitgegeven en deze referenties werden opgenomen in het internationale bibliografische onderzoek van de Italiaanse collega's (zie Bijlage 6).

#### 4.5. CONCLUSIES

Het primaire doel van het onderzoek 'Multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg' van het FA.M.HE.-project, is het vergroten van de kennis over de verschillende multifamilie groepen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De focus ligt op hun territoriale verspreiding, verschillende bestaande modellen en hun specifieke kenmerken.

In België zijn 24 multifamilie groepen verspreid over alle provincies, voornamelijk verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen. De MFG-therapeuten hanteren overwegend een systeemtherapeutische benadering. Regelmatig wordt dit aangevuld met cognitieve of psycho-educatieve invalshoeken, terwijl een kleiner deel een psychoanalytische invalshoek integreert. Hoewel alle groepen melding maken van het organiseren van intercollegiale supervisie, wordt supervisie in de praktijk niet toegepast.

Er zijn duidelijke verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen worden MFG-sessies altijd begeleid door een psycholoog, vaak samen met een verpleegkundige. In Wallonië daarentegen worden MFG-sessies meestal geleid door een arts-verpleegkundige duo. Bovendien wordt er in Vlaanderen vaak gewerkt rond een homogene pathologie en vaak met een adolescent publiek. Groepen die zich bezighouden met eetstoornissen passen bijvoorbeeld het Maudsley-model toe, terwijl psychozorg het McFarlane- of Garcia Badaracco model gebruikt en verslavingszorg het psycho-educatieve model implementeert. Wallonië daarentegen heeft meestal meer heterogene groepen voor volwassenen, volgens de methodologie die Serge Mertens schetst. Een interessante vaststelling is dat alle Vlaamse groepen zich uitsluitend baseren op interne doorverwijzingen, terwijl in Wallonië de meeste groepen zowel interne als externe doorverwijzingen aanvaarden.

De gemeenschappelijke consensus tussen de begeleiders, deelnemers en familieleden benadrukt dat MFG's aansluiten bij een paradigmaverschuiving in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij families de grootst mogelijke aandacht krijgen, naast patiënten en zorgverleners. MFG's vertrekken vanuit een relationele metapsychologie en ethiek: psychopathologie wordt benaderd binnen haar relationele context. Multifamilie groepen creëren een gemeenschap waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en wederzijdse steun en solidariteit kunnen ervaren. Zo'n plek heeft een antistigmatiserend effect en breidt zijn invloed uit buiten de directe MFG-sfeer om afdelingen, instellingen en de bredere gemeenschap te beïnvloeden.

Multifamilie groepen zijn als therapeutische techniek breed toepasbaar binnen verschillende therapeutische kaders, methodieken, doelgroepen en behandelcontexten. Interessant is dat MFG sessies vaak worden geleid door zorgverleners met verschillende professionele achtergronden. De externe moeilijkheden waarmee men geconfronteerd wordt bij het implementeren van MFG-ontmoetingen draaien voornamelijk rond organisatorische niveaus.

Ondanks de verschillende praktijken zijn er veel competenties die alle MFG-therapeuten lijken te delen. Voor de competentieontwikkeling van de MFG-therapeut worden de volgende behoeften benadrukt:

- Behoefte aan theoretische opleiding en training;
- Behoefte aan klinische stages, met een duidelijk kader voor MFG-therapeuten in opleiding;
- In plaats van supervisie wordt de noodzaak en toegevoegde waarde van intervisie genoemd, waarin MFG-therapeuten van verschillende MFG's samenkomen;



- Debriefing onder MFG-therapeuten na een MFG is gebruikelijk, waarbij persoonlijke ervaringen van MFG-therapeuten worden bevroegd;
- In sommige MFG's eindigt de sessie in een groep met een reflectie op het proces en/of de mogelijkheid voor individuele feedback (via een formulier). Dit kan MFG-therapeuten handvatten geven om technieken en methodieken verder te verfijnen.

## 5. VERSLAG VAN SPANJE

### 5.1. SPAANSE SITUATIE

Multifamilie groepen (MFG's) werden eind 1984 in Spanje geïntroduceerd in de gemeente Guecho bij Bilbao, in de provincie Vizcaya. Dit initiatief vond plaats in een Dagziekenhuis in een Experimenteel Centrum (Consortio Uribe Costa de Salud Mental), waar innovatieve behandelingen werden geïmplementeerd, vooral die welke García Badaracco ontwierp voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (Gemeenschap van Therapeutische Psychoanalytische Multifamiliestructuur en Multifamiliepsychoanalyse<sup>1</sup>). Dankzij de samenwerking tussen de Baskische Stichting voor Onderzoek in Geestelijke Gezondheid (OMIE) in Bilbao en het Instituut voor multifamiliale psychoanalyse in Buenos Aires, werd deze aanpak verspreid in Spanje en bracht het talrijke families samen. In de afgelopen jaren is er een toename geweest van dergelijke groepen met verschillende theoretische oriëntaties in verschillende Europese landen. Het project 'Multifamilie Groepen in Geestelijke Gezondheid (FA.M.HE.)' is actief betrokken bij het samenstellen van een 'Gids voor Multifamilie Groepen' gebaseerd op de ervaringen van de partnerlanden van het project: Italië, België, Portugal en Spanje.

### 5.2. VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG

#### 5.2.1. Institutionele/organisatorische context

De vragenlijst werd verspreid onder verschillende relevante verenigingen met ervaring in MFG's, zoals de Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie van Koppels, de Gezins- en Multifamilie groep (APyF), het Jorge García Badaracco Studiecentrum, de Baskische Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (OME-AEN), de Google Multifamilie groep en 38 MFG-coördinatoren van openbare en particuliere instellingen. Een tweede doelgroep bestond uit 5 beroepsverenigingen (psychiaters, psychologen, psychoanalytici, etc.), 14 sociale verenigingen en 424 verenigingen van familieleden van geesteszieken. Ten slotte werd de vragenlijst ook verspreid in openbare en privéziekenhuizen en ambulante zorgcentra (dagziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, ambulante klinieken met psychiatrische zorg).

Na talrijke contacten met MFG-begeleiders/coördinatoren werden 28 formulieren ontvangen, waarvan sommige ingevuld waren door professionals die toezicht houden op meerdere MFG's. Bij het nakijken van individuele formulieren werden fouten in de interpretatie van sommige vragen waargenomen, wat de percentageresultaten beïnvloedde. Om dit aan te pakken, werden correcties aangebracht door aanpassing aan de nieuwe antwoorden die door coördinatoren/leiders werden gegeven via telefonische communicatie. Samengevat werden er 28 vragenlijsten verzameld in Spanje. Wat de geografische spreiding betreft, was er een onregelmatige concentratie van MFG's, met een hoge concentratie in sommige provincies en een afwezigheid in de meerderheid. Er werden 9 MFG's gevonden in Madrid (4 in de gemeente en 5 in de stad Madrid), 9 MFG's in Vizcay (6 in Bilbao en 3 in Guecho), 2 MFG's in Granada (1 in de provincie en 1 in de hoofdstad), 2 MFG's in Barcelona (stad), 2 MFG's in Elche (1 in de stad en 1 online voor de gemeente), 1 MFG in Malaga (Marbella), 1 in Navarra (Pamplona), en 1 in Alicante (stad).

Een belangrijke vaststelling in Spanje is dat, van de 50 provincies en 2 autonome steden, MFG's in slechts 8 provincies gevonden worden, ondanks bewijs dat MFG's ook in andere provincies uitgevoerd worden. De territoriale onevenwichtigheid wordt volgens professionals toegeschreven aan de beperkte interesse van instellingen om deze therapeutische bron op te nemen om ideologische redenen. De meeste instellingen hebben een voorkeur voor een biomedische oriëntatie, ondersteund door cognitieve gedragspsychologie, wat psychoanalytisch denken uitsluit.

---

<sup>1</sup> Jorge García Badaracco (1990) Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones. Madrid. España.

Bovendien merkten de deelnemers tijdens de debriefing van de focusgroep op dat het werkelijke aantal bestaande MFG's veel hoger ligt dan de 28 die op de vragenlijst hebben geantwoord, naar schatting zo'n 60 MFG's. Ze wisten niet goed waarom er zo weinig MFG's waren. Ze waren niet zeker van de redenen voor de afwezigheid van veel collega's, aangezien de meesten deelnemen aan de Google Group over MFG waar de informatie werd gedeeld.

Wat betreft de administratieve structuur van de instellingen/organisaties die MFG's uitvoeren, is er een evenwicht tussen publieke (46%) en private (54%) entiteiten. Wat betreft de soorten diensten en zorg, zijn de meeste instellingen die ambulante zorg bieden (26 van de 28), zoals centra voor geestelijke gezondheidszorg, sociale centra, dagziekenhuizen en privéconsulten. Slechts twee instellingen die residentiële diensten aanbieden (ziekenhuizen) werden gerapporteerd.

### 5.2.2. Karakteristieken van de MFG

In Spanje is de theoretische en methodologische oriëntatie van de MFG's voornamelijk afgestemd op het raamwerk van de Multifamiliepsychoanalyse ontwikkeld door J. García Badaracco (89%). In 64% van de gevallen (18 van de 25) is dit model de exclusieve referentie, terwijl het in 25% (7 van de 25) wordt gecombineerd met andere oriëntaties, zoals systemisch, psychodynamisch, interfamiliaal, operationele groep, etc. Het interfamiliaal theoretisch kader werd in 3 antwoorden als enige optie genoemd. Opgemerkt moet worden dat, ook al is Multifamiliepsychoanalyse het dominante model, het impliciet elementen kan bevatten van andere psychoanalytische benaderingen en andere disciplines.

### 5.2.3. Begeleiding

Wat de academische kwalificaties van de respondenten betreft, heeft 57% een diploma psychiatrie, 43% psychologie en 7% maatschappelijk werk. Alle groepen omvatten psychotherapeutische interventies, gecombineerd met andere soorten interventies, zoals steungroepen (50%), psycho-educatie (21%), counseling (21%) en zelfhulp (11%). Deze verhoudingen kunnen worden toegeschreven aan de overheersende focus van de meeste instellingen/organisaties op het gebied van geestelijke gezondheid.

Het team dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de sessies bestaat uit verschillende leden van multidisciplinaire teams van professionals uit de geestelijke gezondheidszorg. De leiding kan in handen zijn van één of twee personen en omvat co-therapie. Sommige groepen hebben 'waarnemers' die de sessieactiviteiten documenteren en vervolgens hun observaties delen tijdens bijeenkomsten na de groep, wat een waardevol leerinstrument is. Wat betreft de academische kwalificaties van professionals die betrokken zijn bij MFG, is er een overheersende aanwezigheid van psychologen (85%) en psychiaters (79%). Daarna volgen andere gezondheidsspecialismen, met 35% verpleegkundigen, 28% maatschappelijk werkers en 35% verschillende educatieve en sociale specialismen.

Wat betreft de opleiding van het uitvoerende team, is een divers scala aan psychotherapeutische ervaringen duidelijk, met een opmerkelijke prevalentie van therapieën die zijn afgeleid van de psychoanalyse (80%). Deze omvatten multifamiliale psychoanalyse, groepsanalyse, psychodynamische therapieën, werkgroepen, etc. Daarnaast wordt een systemisch gezinstheoretisch kader waargenomen in 12 groepen, en cognitief-gedragstherapeutische benaderingen zijn aanwezig in 4 MFG's. Dit patroon onderstreept de effectiviteit van psychoanalytisch georiënteerde therapieën in het begrijpen van familie- en groepsfenomenen.

Wat betreft de samenstelling van het uitvoerende team, is het opmerkelijk dat 35% van de teams werkt met één groepsleider naast co-therapeuten, 21% werkt samen met verschillende groepsleiders in co-therapie, en 35% doet aan co-therapie zonder een aangewezen groepsleider. Wat supervisie betreft, is er een overheersende voorkeur voor interne supervisie (43%), vergeleken met externe supervisie (25%). In sommige gevallen worden beide vormen van supervisie toegepast (10%), terwijl 43% geen enkele vorm van supervisie toepast. Bijna alle groepen houden intervisie (96%), behalve één MFG in de steekproef. Dit type supervisie sluit aan bij een traditie in de

psychoanalytische co-therapie van groepen en gezinnen, waarbij professionals die betrokken waren bij de sessie na de groep samenkomen om indrukken uit te wisselen over de gang van zaken. Het dient als een alternatieve methode van taaksupervisie.

#### 5.2.4. Deelnemers

In 64% van de MFG's is er geen specifieke leeftijdsgroep, met deelnemers van 16 jaar tot op hoge leeftijd. Omgekeerd is in 36% van de groepen een specifieke leeftijdsgroep voor deelnemers gedefinieerd, waarbij een aanzienlijk deel uit groepen voor volwassenen bestaat (32%) en 8% uit groepen voor adolescenten en kinderen. Het is opmerkelijk dat sommige antwoorden wijzen op mogelijke misinterpretaties met betrekking tot de opgegeven leeftijdsgroep van de deelnemers.

Wat betreft de generationele samenstelling van deze groepen, bestaat een meerderheid uit twee huidige generaties (70%), terwijl 30% uit drie generaties bestaat, wat kenmerkend is voor de diversiteit van de deelnemers. De band tussen personen die een behandeling ondergaan en hun familieleden benadrukt de prevalentie van ouder-kind banden (100%), op de voet gevolgd door broederlijke/zusterlijke relaties (93%). In mindere mate zijn andere leden van de kernfamilie betrokken (57%), naast deelnemers uit de uitgebreide familie (64%) en naaste familieleden (37%). Dit gedeelte onderstreept de diepe familiale toewijding aan personen in behandeling. Deze emotionele banden, gekenmerkt door onderlinge afhankelijkheid, belemmeren vaak de autonomie en ontwikkeling van kinderen. De betrokkenheid van families bij het behandelingsproces is echter cruciaal voor het aanpakken van situaties die de kinderen in de val hebben gelokt en intens lijden hebben veroorzaakt.

Wat de heterogene groepen betreft, is er een grote verscheidenheid aan pathologieën, met prominente gevallen van affectieve stoornissen (85%) en persoonlijkheidsstoornissen (81%). Op de voet gevolgd door psychotische stoornissen (73%), angststoornissen (73%), psychosomatische stoornissen (61%), eetstoornissen (58%), posttraumatische stressstoornissen (50%), verslavingsstoornissen (39%), obsessieve-compulsieve stoornissen (69%) en niet-psychiatrische pathologieën (27%). Daarnaast zijn ook andere pathologieën opgenomen (27%). De betrokkenheid bij een breed spectrum van klinische aandoeningen, die het hele scala van psychiatrische ziekten omvatten, onderstreept de erkenning dat er bij elke pathologie onderliggende problemen bestaan met betrekking tot interpersoonlijke connecties (onderlinge afhankelijkheden). Het aanpakken van deze problemen is essentieel voor het verbeteren van het welzijn van gezinnen en gaat verder dan psychopathologische diagnoses.

Wat de homogene MFG's betreft, wordt vastgesteld dat deze beperkt zijn, aangezien zelfs groepen gecategoriseerd volgens de leeftijd van de patiënt (bv. gezinnen met adolescenten of kinderen) verschillende pathologieën vertonen. Er worden slechts twee groepen geïdentificeerd die specifiek gericht zijn op één pathologie (1 MFG gericht op psychose en 1 op gewelddadig gedrag).

#### 5.2.5. Structuur en werking

Verdergaand met de kenmerken van de MFG's, wat betreft het type groep, wordt een bijna gelijke verdeling waargenomen tussen open groepen (50%) en traag-open groepen (46%), met slechts één gesloten groep (4%). Deze verdeling wordt toegeschreven aan de middelgrote en grote omvang van deze groepen, die de neiging hebben om te blijven bestaan in de tijd, waardoor gezinnen kunnen in- en uitstappen volgens hun behoeften. Semi-open groepen voldoen ook aan deze voorwaarden, met een meer gematigde en gereguleerde opname van gezinnen. Op basis van de enquête en de daaropvolgende verduidelijking, is het duidelijk dat de duur van alle groepen onbepaald is (100%). Eenmaal opgericht, worden deze groepen geïnstitutionaliseerd en blijven ze bestaan in de loop van de tijd, ondersteund door de voortdurende inzet van de deelnemende gezinnen.

Wat betreft de frequentie van deze groepen, vergadert de meerderheid tweewekelijks (39%), gevolgd door wekelijks (32%) en maandelijks (29%). Over het algemeen hangt de frequentie af van de beschikbaarheid van professionals en het beleid van de instelling. In de enquête gaf 30% van de

respondenten aanvankelijk aan dat ze met ontwikkelingsfasen werken. Uit een verduidelijking tijdens een daaropvolgend telefonisch contact bleek echter dat slechts één groep in fases werkt. De duur van de MFG-sessies varieert van 60 tot 120 minuten. De meest voorkomende duur is 90 minuten (71%), gevolgd door 14% van de groepen die 75 minuten werken, 11% voor 120 minuten en één groep die sessies van 60 minuten houdt. De duur van de sessies wordt meestal beïnvloed door de beschikbaarheid van therapeuten.

De groepen worden in 82% van de gevallen tijdens de werkdag van de professionals gehouden en in 18% buiten werktijd. Dit laatste wordt toegeschreven aan de gevarieerde roosters van de teamleden. In 94% van de MFG's zijn minstens twee generaties vertegenwoordigd. De gevallen van niet-deelname houden verband met gratis hulp en specifieke situaties die aanwezigheid verhinderen. Wat de groeps grootte betreft, valt 64% in de categorie gemiddeld (met maximaal 30 deelnemers), terwijl 36% als groot wordt beschouwd (met meer dan 30 deelnemers). Deze verdeling wordt voornamelijk beïnvloed door de kenmerken van de plaats waar deze groepen worden gehouden en de stroom van deelnemende gezinnen.

Wat de groepsruimte betreft, gebruikt 70% multifunctionele ruimtes, terwijl anderen gebruik maken van verschillende beschikbare ruimtes, zoals een psychotherapieruimte (14%), een activiteitenruimte (1%) en 1 groep wordt online geleid. De meerderheid bevestigt dat de ruimtes geschikt zijn wat betreft geluidsniveau (96%) en capaciteit op basis van het aantal deelnemers (100%). Slechts één ruimte wordt als ongeschikt beschouwd. Privacy en vertrouwelijkheid worden in alle antwoorden als ideaal beschouwd, zodat de privacy van de deelnemers wordt beschermd. De overheersende opstelling van de zitplaatsen is in een enkele cirkel (85%), terwijl in sommige gevallen de zitplaatsen in concentrische cirkels zijn georganiseerd op basis van de grootte van de zaal en het aantal deelnemers (19%). Andere bepalingen worden als irrelevant beschouwd.

Vóór de pandemie werden alle MFG's face-to-face uitgevoerd (100%). In het post-COVID tijdperk, met de versoepeling van pandemie-gerelateerde beperkingen, hervatte 82% van de groepen persoonlijke sessies, wat een afname van de online modaliteit betekende voor 19% van de groepen die tijdelijk talrijke face-to-face sessies hadden vervangen. Daarnaast gaat 11% van de groepen door met een gemengde modaliteit. Wat betreft het bestaan en de continuïteit van deze groepen door de jaren heen, is het opmerkelijk dat ze opereren zonder vooraf bepaalde einddatum. De duur varieert van 38 jaar (daterend van de eerste groep van deze aard in Guecho, in 1984) tot 1 jaar (voor de meest recente groep). Het grote aantal jaren en de opgebouwde ervaring bevestigen de doeltreffendheid van dit therapeutische middel.

Tijdens hun uitgebreide verblijf hadden de meeste groepen te maken met onderbrekingen (64%), terwijl 35% erin slaagde om de continuïteit te behouden door gebruik te maken van de online modaliteit. De voornaamste redenen voor onderbrekingen werden voornamelijk toegeschreven aan de pandemie (89%), of af en toe om institutionele redenen (1%). De duur van de onderbrekingen kwam in grote lijnen overeen met de duur van de pandemische beperkingen en varieerde tussen instellingen van 7 maanden tot ongeveer 2 jaar. Degenen die online bleven, hadden een korte onderbreking van 2 maanden tijdens de zomer.

#### 5.2.6. Doorverwijzing

De meeste patiënten en families (93%) worden doorverwezen vanuit de organisatie. Sommige MFG's ontvangen uitsluitend deelnemers van buiten de organisatie, terwijl andere een mix van interne en externe doorverwijzingen hebben. Dit patroon wijst op een positieve ontvangst binnen de organisatorische context en een relatieve erkenning buiten de instelling.

Als afsluitende opmerking over het onderzoek is er een gelijkenis in kwalitatieve antwoorden en een variatie in de formele aspecten van de acties van deze groepen (kwantitatieve antwoorden). De overeenkomsten in werkmethoden kunnen worden toegeschreven aan de fundamentele invloed van de ideeën van García Badaracco op de ontwikkeling van deze aanpak in Spanje. Vanuit de eerste ervaringen in Guecho (Vizcaya) en Elche werden deze methoden verspreid over een groot gebied.

De variaties in formele aspecten komen overeen met de kenmerken van de instellingen en de praktische mogelijkheden om deze groepen uit te voeren (zoals locatie, beschikbaarheid van professionals, etc.). Ongetwijfeld veranderde de pandemie de manier waarop deze groepen voorheen werkten aanzienlijk, met een overgang van persoonlijke naar online deelname. De huidige trend wijst op een verschuiving terug naar herstel van face-to-face deelname.

### 5.3. FOCUSGROEPEN

#### 5.3.1. Focusgroepen met MFG-begeleiders

##### 5.3.1.1. Deelnemers

Na het invullen van de vragenlijsten werd een focusgroep over de antwoorden georganiseerd. Veertien van de 23 uitgenodigde professionals namen deel aan deze fase van het onderzoek.

##### 5.3.1.2. Methodologie

De focusgroep vond plaats via een videoconferentie op 6 februari 2023, van 16u tot 18u30, met behulp van het Zoom-platform. De sessie werd opgenomen met de uitdrukkelijke toestemming van alle deelnemers. De bijeenkomst werd gefaciliteerd door een coördinator en een waarnemer.

De steekproef bestond uit professionals die zich bezighouden met MFG, vertrouwend op de ideeën en ervaringen die worden voorgestaan door de Multifamiliepsychoanalyse (J. García Badaracco). Deze professionals hebben hun praktijk verrijkt met andere theoretische bijdragen (Groepsanalyse, Algemene Systeemtheorie, Gehechtheidstheorie, Open Dialoog, etc.). De uniformiteit in het basistheoretische kader wordt toegeschreven aan de uitbreiding van multifamilie groepen in Spanje, die begon met de eerste ervaring in Bilbao (Vizcaya) in november 1984. Deze uitbreiding ging verder door de verspreiding van cursussen aangeboden door de Baskische Stichting voor Onderzoek in Geestelijke Gezondheid (OMIE) en het Instituut voor multifamiliale psychoanalyse in Buenos Aires. In de afgelopen twee decennia hebben meer dan 600 Spaanse professionals (Mires en Pires) training gekregen in deze benadering.

Voor de beoordeling van deze activiteit, met inbegrip van de sterke en zwakke punten en de potentiële kansen en bedreigingen, werd een SWOT-analyse gebruikt. Deze analyse is gebaseerd op de uitgebreide ervaring van begeleiders/coördinatoren in het veld.

De discussie concentreerde zich rond drie hoofdonderwerpen, die overeenkwamen met de kwalitatieve antwoorden op de vragenlijst:

- Deelname van twee of meer generaties, inclusief personen die psychiatrische behandeling ondergaan.
- Het functioneren van het begeleidingsteam van de Multifamily Group (MFG).
- De uitwisseling tussen begeleiders na de sessie (postgroep).

Een opmerking vooraf: De deelnemers verwijzen naar het belang van het emotionele klimaat, een aspect dat niet expliciet aan bod kwam in de vragenlijst, en het type interventies, waarbij de nadruk ligt op het 'gesprek' in plaats van interpretaties die gericht zijn op het onthullen van het onbewuste.

##### 5.3.1.3. Resultaten

De volgende bevindingen werden verzameld:

#### **Focus 1: De deelname van ten minste twee generaties.**

##### **Sterke punten:**

Wat betreft de deelname van twee of meer generaties, zijn de meeste begeleiders/coördinatoren het erover eens dat een opmerkelijke kracht ligt in de aparte en

verrijkte dynamiek van Multifamilie groepen (MFG) in vergelijking met groepen die uitsluitend bestaan uit familieleden zonder patiënten. In deze groepen, die meestal psycho-educatief zijn, ligt de nadruk op de ziekte van de 'afwezige', d.w.z. de aangewezen patiënten, wat onbedoeld bijdraagt aan de stigmatisering van psychische aandoeningen. In MFG's daarentegen, waarbij twee of meer generaties betrokken zijn, worden de toxische relaties (pathogene onderlinge afhankelijkheden) waarin familieleden 'gevangen' zitten duidelijk in het huidige moment van de bijeenkomst. Dit maakt diepgaand onderzoek en werk aan deze complexe familiedynamieken mogelijk.

De deelname van meerdere generaties zorgt ook voor een diversiteit aan gezinsmodellen, wat bijdraagt aan het doorbreken van gevestigde stereotypen. Er wordt opgemerkt dat middelgrote en grote groepen een grotere emotionele veerkracht vertonen, wat het makkelijker maakt om meer uitdagende en traumatische situaties aan te pakken.

*Zwakke punten:*

Professionals benadrukken de discontinuïteit in de participatie van het hele gezin en het storende gedrag van bepaalde leden, dat andere deelnemers angst aanjaagt.

*Mogelijkheden:*

Professionals wijzen op het potentieel om menselijke en economische middelen te besparen. Bovendien benadrukken ze dat een bredere verspreiding van Multifamiliale Groepen (MFG) de voordelen zou kunnen uitbreiden naar een groter aantal personen.

*Bedreigingen:*

De geïdentificeerde bedreigingen draaien om het gebrek aan bewustzijn over het therapeutische potentieel van deze bron bij collega's en bestuurders in de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebrek aan bewustzijn wordt toegeschreven aan de overheersende invloed van andere modellen die gericht zijn op het individu, met name binnen de klassieke psychiatrie.

## **Focus 2: Aanwezigheid van een begeleidingsteam**

*Sterke punten:*

Wat betreft de prestaties van MFG-begeleiding zijn professionals het erover eens dat de kracht ligt in teamwork en co-therapie. Deze gezamenlijke aanpak maakt het mogelijk om de 'emotionele last' die voortkomt uit uitdagende situaties binnen de groep te delen, vooral wanneer er traumatische situaties ontstaan. De wederzijdse steun tussen de teamleden draagt bij aan een betere 'beheersing' van angsten en bevordert het creëren van een emotioneel klimaat dat gekenmerkt wordt door vertrouwen en veiligheid.

*Zwakke punten:*

Teams kunnen een verlies aan samenhang ervaren, wat leidt tot interne rivaliteit en strijd. Een andere geïdentificeerde negatieve factor is de afhankelijkheid van een enkelvoudige leiderschapsaanpak.

*Mogelijkheden:*

Wat betreft de mogelijkheden die gedeeld leiderschap biedt, is er erkenning voor de diversiteit aan perspectieven die door professionals naar voren worden gebracht. Deze diversiteit kan geïntegreerd worden in een samenhangend geheel, bijdragen aan het therapeutische proces en mogelijk controverses overwinnen die geassocieerd worden met verschillende psychotherapeutische oriëntaties.

*Bedreigingen:*

De bedreiging voor deze manier van werken komt vaak voort uit uitdagingen zoals een tekort aan personeel, onvoldoende begrip van deze therapeutische bron en een gebrek aan onderzoek op dit gebied. Deze factoren dragen bij aan weerstand bij professionals en instellingen.

## **Focus 3: Post-groep**

*Sterke punten:*

De kracht van de uitwisseling na de groep wordt benadrukt door professionals die het eens zijn over het belang van intervisie of interne/externe supervisie. De sessie na de groep faciliteert een onmiddellijke en 'warme' reflectie op verschillende aspecten, waaronder groepsdynamiek,

emotioneel klimaat, opkomende thema's, betrokkenheid van het begeleidingsteam en de aard van interventies. Deze uitwisseling maakt het ook mogelijk om verschillende gezichtspunten van teamleden te integreren en biedt een platform om de emoties die door de teamleden worden gevoeld, aan de orde te stellen.

#### *Zwakke punten:*

Zwakke punten die werden waargenomen in de postgroepsetting zijn de aanwezigheid van verschillende standpunten en een mogelijk verkeerd begrip van de besproken onderwerpen. Specifiek zijn de vastgestelde zwakke punten een gebrek aan een uniform integratiemodel en een gebrek aan opbouwende kritiek.

#### *Mogelijkheden:*

Professionals erkennen het potentieel voor voortdurende reflectie over de taak en benadrukken de behoefte aan voortdurende training. Bovendien biedt de postgroepsetting de gelegenheid om speciaal aan het begeleidersteam te werken.

#### *Bedreigingen:*

De bedreigingen komen vaak overeen met de aanwezigheidsdruk en het gebrek aan gewoonte van een reflectieve praktijk binnen instellingen.

### 5.3.2. Focusgroepen met MFG-gebruikers

#### 5.3.2.1. Deelnemers

De face-to-face ontmoeting vond plaats met de Multifamilie groep (MFG) van het Daghospitaal van het Uribe Costa Centrum voor Geestelijke Gezondheid, in de Cultuurklas van de stad Guecho. Deze MFG werd in november 1984 opgericht door een team van 5 leden (3 psychiaters, 1 psycholoog en 1 verpleegkundige) in het Centrum voor Geestelijke Gezondheid en werd vanwege het grote aantal deelnemers een paar jaar geleden verplaatst naar de Cultuurklas. De groep komt nog steeds samen op maandag van 12:30 tot 14:00 uur. Het is opmerkelijk dat deze groep een belangrijke historische betekenis heeft, omdat het volgens sommige auteurs de eerste van zijn soort was in Spanje en Europa, volgens het model van García Badaracco (multifamiliale psychoanalyse).

#### 5.3.2.2. Methodologie

Het werd passend geacht om deze focusgroep te houden binnen een operationele Multifamily Group (MFG). De sessie vond plaats op 6 februari 2023, op de gebruikelijke plaats, op de hierboven aangegeven dag en tijd. Deelnemers werd gevraagd toestemming te geven voor het beantwoorden van vragen. Ongeveer 60 tot 70 personen wonen regelmatig deze groep bij, die wordt gefaciliteerd door een bestuurder, een copiloot en meerdere praktiserende psychologen. Alle sessies van de groep werden opgenomen met uitdrukkelijke toestemming van alle deelnemers.

Er werden drie vragen gesteld:

- Welke verwachtingen had je toen je het aanbod kreeg om deel te nemen aan de MFG en welke voordelen heeft het je opgeleverd?
- Hoe begrijp je psychische aandoeningen? Hoe kunnen MFG's bijdragen aan de verbetering van de geestelijke gezondheid?
- Hebben veranderingen binnen het gezin te maken met verbeteringen in de gezinssituatie?

#### 5.3.2.3. Resultaten

##### **Focus 1: Welke verwachtingen had je toen je het aanbod kreeg om deel te nemen aan de MFG en welke voordelen heeft het je opgeleverd?**

De 10 deelnemers die deze vraag beantwoordden, gaven aan dat ze de groep benaderden met een gevoel van hopeloosheid, beïnvloed door eerdere behandelingen die het idee van ongeneeslijkheid overdroegen en vooral de nadruk legden op medicatie. Deze personen hadden misvattingen over de ziekte en waren zich niet bewust van de centrale rol van de familie - zowel in de negatieve aspecten, als een bijdrage aan het verkeerde begrip van het



zieke lid en een bijdrage aan hun schijnbare impasse, als in de positieve aspecten, als een actieve deelnemer aan het behandelingsproces door uitdagingen te erkennen en een ander perspectief op hun huidige situatie te krijgen.

Deelnemers benadrukten de voordelen die ze eruit haalden, waaronder een beter begrip van gedrag dat als 'ziek' werd beschouwd, meer tolerantie voor diversiteit en een verhoogd bewustzijn van hun betrokkenheid bij relationele situaties. Het vooruitzicht op genezing werd ook genoemd als een positief resultaat. Omgekeerd werd niet-deelname toegeschreven aan werkgerelateerde planningsproblemen en persoonlijke uitdagingen die hen ervan weerhielden moeilijke situaties onder ogen te zien.

### **Focus 2: Hoe begrijp je psychische aandoeningen? Hoe kunnen MFG's bijdragen aan de verbetering van de geestelijke gezondheid?**

Wat de tweede vraag betreft, bespraken de deelnemers het 'taboe' rond psychische aandoeningen en het sociale stigma dat erop rust. Eén deelnemer zei: "De diagnose is een last". Het proces van het 'universeel maken' van problemen en het delen van zorgen en angsten stelde hen in staat om door zeer uitdagende situaties te navigeren, wat verlichting bracht in het lijden van de familie. Sommige deelnemers merkten op dat de groep bijdroeg aan hun persoonlijke groei, waardoor ze meer compassie kregen, meer tolerantie voor verschillende perspectieven en meer steun voor anderen in nood. Ze beschouwden de toegang tot deze openbare voorziening ook als een 'voorrecht'. Ze benadrukten echter ook negatieve aspecten, zoals de ervaren 'verspilling' van tijd bij het ontdekken van deze behandeling na langdurig lijden en de beperkte verspreiding van de methode, die een groter aantal mensen ten goede zou kunnen komen.

### **Focus 3: Hebben veranderingen binnen het gezin te maken met verbeteringen in de gezinssituatie?**

De derde vraag was of de deelnemers merkten dat veranderingen in familierelaties bijdroegen tot de verbetering van zowel de familiesituatie als die van de 'aangewezen' patiënt. De meeste deelnemers die hun perspectieven deelden, benadrukten dat het zonder deze hulp onmogelijk zou zijn voor gezinnen om een transformatie te ondergaan. In het begin wordt de aangewezen patiënt vaak gezien als de bron van het 'ongeluk' van de familie en niemand voelt zich verantwoordelijk voor de heersende situatie. Naarmate de tijd vordert, realiseren de deelnemers zich dat wat zich binnen de familie afspeelt iedereen aangaat. Eén deelnemer vertelde dat de groep hem en zijn gezin ertoe aanzette om de dingen anders te bekijken, wat leidde tot een beter en harmonieuzer leven. Verschillende deelnemers gaven aan dat ze de vaardigheid van het luisteren hadden geleerd: "Luisteren is leren", zei de moeder van een patiënt van het Daghospitaal, die eraan toevoegde dat ze met vooropgezette ideeën kwam, die veranderden toen ze aandacht besteedde aan andere ouders. Velen betreurden het dat ze niet eerder op de hoogte waren geweest van deze 'grote familie'-ervaring en erkenden de bijdragen, de solidariteit en de hoop die ze uitstraalt.

#### **5.3.3. Conclusies van de focusgroepen**

In de focusgroepen met MFG-coördinatoren waren de meeste coördinatoren het erover eens dat het werken met 2 of meer generaties een rijke en andere dynamiek genereert in vergelijking met situaties waarin familieleden afwezig zijn bij de behandeling. Ze stelden dat deze setting de mogelijkheid biedt tot het observeren en onderzoeken van toxische relaties (pathogene onderlinge afhankelijkheden) waarin familieleden 'gevangen' zitten. Daarnaast benadrukten ze de kosteneffectiviteit in termen van zowel menselijke als economische middelen om aan de behoeften van een groot aantal mensen te voldoen, waaronder patiënten en hun familieleden. Coördinatoren benadrukten teamwerk en kruisonderzoek als de meest effectieve benaderingen om hiermee om te gaan. Ze benadrukten dat het belangrijk is dat de zorgverleners hun ervaringen met 'hoogspanning' (containment) met elkaar delen, om zo een klimaat van veiligheid en vertrouwen te creëren. Post-groepsbijeenkomsten (intervisie) worden gezien als de meest effectieve methode voor het

vastleggen van verschillende meningen en opvattingen van teamleden over de uitgevoerde taak en voor het delen van de emotionele mobilisatie die de taak teweegbrengt.

In de focusgroepen met MFG-gebruikers werd een gevoel van hopeloosheid waargenomen door de vragen wanneer familieleden voor het eerst aanwezig waren. Dit perspectief werd ondersteund door eerdere ervaringen op het gebied van geestelijke gezondheid, waar het idee van ongeneeslijkheid en afhankelijkheid van medicatie als enige middelen voor verbetering werden doorgegeven. Er werd melding gemaakt van een gebrek aan bewustzijn over het belang van de familie, zowel bij het ontstaan van problemen als bij het oplossen ervan. Er werd gewezen op het taboe dat rust op geestesziekten en het sociale stigma dat erop rust. De diagnose werd beschreven als "een moeilijke last om te dragen". De multifamilie groep werd erkend omdat het de deelnemers in staat stelde toleranter te zijn tegenover anderen, respect voor verschillen te bevorderen en solidariteit te kweken met het lijden van anderen. De gebruikers noemden het voorrecht om deel uit te maken van die "grote familie", waardoor ze hun familierelaties konden verbeteren en het samenleven bevredigender werd. De meeste deelnemers betreurden het dat ze de therapeutische hulpbron niet eerder hadden ontdekt.

#### **5.4. BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK**

Voor het bibliografische onderzoek in de Castiliaanse taal werden twee platforms gebruikt: Google General en Google Scholar, en het bibliografische portaal Dialnet werd geraadpleegd. De trefwoorden waren: Multifamilie Groep (MFG); Mulifamiliale psychoanalyse (MFP); Multifamiliale Psychoanalyse Groep (MFPG); Multifamilie therapie (MFT); Multifamily Therapy Group (MFTG); Multifamily Group Treatment (MFGT).

In totaal werden 68 citaten verzameld uit meer dan honderd bronnen. De selectie was gebaseerd op verschillende secties: theorie en klinische ervaring. Proefschriften en postdoctoraal werk werden uitgesloten en er werden geen onderzoekswerken of vergelijkende studies met andere therapeutische middelen gevonden. De meeste studies zijn verkennend, gezien het gebrek aan voorafgaand onderzoek dat het werk met deze groepen ondersteunt. Hun werk is gericht op het analyseren van dit soort groepen, waarbij hypothesen worden gevormd op basis van observaties en percepties van deelnemers, waaronder zowel families als professionals. Kenmerken van de deelnemende populatie, zoals types gezinnen, pathologieën, leeftijden, socio-economische niveaus, enz. worden ook beschreven. Sommige werken probeerden geobserveerde fenomenen te analyseren en te verklaren vanuit een specifiek theoretisch perspectief, wat leidde tot conclusies en voorspellingen die het begrip en de praktijk verbeteren. De meeste werken zijn beïnvloed door de ideeën van García Badaracco (mulifamiliale psychoanalyse). Deze invloed is overheersend geweest in zowel Latijns-Amerika als Spanje sinds de jaren 1960 in de Castiliaanse taal. Op dit moment bouwt een aanzienlijk aantal ontwikkelaars van Multifamilie Groepen (MFG) voort op dit invloedrijke oeuvre en verdiept het.

De bibliografie verzamelt werken over verschillende thema's, waaronder de begindagen van MFG's en hun ontwikkeling, de verscheidenheid aan behandelde pathologieën, de competentie van begeleiders/coördinatoren, de theoretische aspecten die de activiteit ondersteunen, enz.

#### **5.5. CONCLUSIES**

In Spanje, gebaseerd op de beschikbare gegevens, bestaan multifamilie groepen uitsluitend uit minimaal 2 generaties, inclusief de persoon die in behandeling is. Deze groepen volgen voornamelijk de oriëntatie van de multifamiliepsychoanalyse, aangevuld met andere psychotherapeutische benaderingen (systemisch, groepsanalyse, dynamisch, cognitief-gedragstherapeutisch, interfamiliaal, etc.). Psycho-educatieve groepen werden uitgesloten omdat hierbij geen personen in behandeling betrokken waren.

Zoals benadrukt in andere delen van het rapport, wordt opgemerkt dat bijna al deze groepen vertrouwen op psychoanalyse voor meerdere families. Deze situatie gaat terug tot de eerste ervaring op Spaans grondgebied in Bilbao in 1984, die vervolgens werd verspreid door middel van

cursussen die werden aangeboden door de Baskische Stichting voor Onderzoek in Geestelijke Gezondheid (OMIE) in Bilbao vanaf 1985. Daarnaast speelde het Instituut voor multifamiliale psychoanalyse in Buenos Aires een belangrijke rol, met meer dan 600 studenten psychiatrie en psychologie uit Spanje sinds 2000. Veel professionals met verschillende oriëntaties hebben de benadering van de multifamiliale psychoanalyse overgenomen en verrijkt met hun expertise.

Wat betreft de training van professionals, is er een uniformiteit in het feit dat ze afgeleid zijn van de multifamiliale psychoanalyse. Er worden echter verschillende operationele vormen waargenomen, wat de noodzaak benadrukt van een uitgebreide training die prioriteit geeft aan de individuele ontwikkeling van begeleiders, teamwerk en de sociaal-culturele context waarin MFG's worden uitgevoerd.

## 6. VERSLAG PORTUGAL

### 6.1. PORTUGESE SITUATIE

In Portugal zijn de grondslagen van het nationale beleid en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vastgelegd in Wet nr. 36/98 van 24 juli, die vervolgens is bevestigd in het Nationale Plan voor Geestelijke Gezondheid (PNSM). Volgens Besluit nr. 1605/2018 van 30 januari is het PNSM belast met:

- Het bevorderen en vergemakkelijken van het monitoren van de geestelijke gezondheid van de Portugese bevolking, met de nadruk op belangrijke indicatoren voor morbiditeit en het gebruik van diensten.
- Aansturen van de implementatie van programma's om het welzijn en de geestelijke gezondheid van de bevolking te verbeteren, evenals de preventie, behandeling en rehabilitatie van psychische aandoeningen.
- Het vergemakkelijken van de coördinatie van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met de eerstelijnsgezondheidszorg en andere relevante sectoren voor de effectieve implementatie van het Nationale Plan voor Geestelijke Gezondheid.
- Ontwikkeling van de *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI) (Nationaal Netwerk voor Geïntegreerde Vervolgzorg) voor Geestelijke Gezondheid in afstemming met de Nationale Coördinatie voor de Hervorming van de Nationale Gezondheidszorg in RNCCI.
- Het aanmoedigen van de actieve betrokkenheid van gebruikers en zorgverleners bij de rehabilitatie en sociale integratie van mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

De praktische implicaties van de toepassing ervan zijn onder andere:

- Het bevorderen van geïntegreerde continue geestelijke gezondheidszorg en het opzetten van initiële diensten en residentiële programma's in deze sector.
- De oprichting van nieuwe eenheden en een uitgebreid doorverwijzingsnetwerk op het gebied van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten.
- Het initiëren van innovatieve programma's die de integratie van geestelijke gezondheid in de strijd tegen huiselijk geweld vergemakkelijken, steun bieden aan daklozen en jongeren helpen die zich moeten aanpassen en sociale integratieproblemen hebben in samenwerking met de sociale, justitiële, onderwijs- en werkgelegenheidssectoren.

Om de toegang tot geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, is interventie in de determinanten ervan cruciaal, waarbij zaken als:

- Stigma en onwetendheid rond psychische aandoeningen.
- Tekorten aan personeel en structurele middelen.
- Ongeschikte organisatie van psychiatrische diensten geconcentreerd in grote, gecentraliseerde instellingen met een slechte integratie met de eerstelijnsgezondheidszorg.
- Bijscholing voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg.

Portugal heeft verbeteringen in de geestelijke gezondheidszorg nagestreefd door middel van verschillende initiatieven, waaronder de decentralisatie van diensten, de oprichting van centra voor geestelijke gezondheidszorg in alle districten, integratie met de eerstelijnsgezondheidszorg, opname van geestelijke gezondheidszorg in het algemene gezondheidssysteem, verschuiving van gespecialiseerde zorg naar algemene en gemeenschapsziekenhuizen en de ontwikkeling van programma's en structuren voor psychosociale rehabilitatie. Een artikel gepubliceerd in de *International Review of Psychiatry* geeft een historisch-beschrijvende en kritische analyse van de situatie op het gebied van psychiatrische hulpverlening in Portugal, met een gedetailleerd overzicht van het ontstaan en de evolutie ervan tot op de dag van vandaag (Palha & Marques-Teixeira, 2012). In 2006 werden rehabilitatieprogramma's formeel opgericht en werd het Nationaal Netwerk van Voortgezette Geïntegreerde Zorg (*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI*) gevormd, wat bijdroeg aan de modernisering van de geestelijke gezondheidszorg in Portugal. Op 9

oktober 2019 werd het Nationaal Gezondheidsplan 2021-2030 gelanceerd, met de volgende doelstellingen:

- Bevorder een positieve aanleg om volksgezondheid als een sociale verplichting te zien.
- Creëer samenwerkingsnetwerken en vertrouwensrelaties.
- Interne en externe middelen inzetten.
- Participatieve en collaboratieve communicatiepraktijken bevorderen.
- Cocreëer en betrek meerdere belanghebbenden.
- Het samenhorigheidsgedoeveel activeren en bevorderen.
- Kennis delen om de gemeenschap weerbaar te maken.

In april 2001 vond in Portugal de eerste Multifamilie groep (Garcia Badaracco, 2000) plaats in het Dagziekenhuis Psychiatrie van CHULN-HSM (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria), een openbaar algemeen en universitair ziekenhuis in Lissabon. Deze gebeurtenis markeerde een belangrijke therapeutische mijlpaal en is sindsdien een integraal onderdeel van het kader van het Psychiatrisch Dagziekenhuis. Het Daghospitaal is van historisch belang omdat het de eerste opname-eenheid was die in 1957 werd opgericht binnen de psychiatrische dienst van HSM (Hospital de Santa Maria). Vanaf mei 2023 bestaat het huidige Daghospitaal van de HSM, dat zich onderscheidt door zijn psychoanalytische en groepsanalytische model, 46 jaar. In de loop der jaren heeft het Daghospitaal zich ontwikkeld tot een vooraanstaande therapeutische en trainingseenheid in Portugal, vooral bekend om de toepassing van groepsanalytische en psychoanalytische principes in psychiatrische en geestelijke gezondheidsinterventies. Het Daghospitaal trekt individuen en instellingen uit het hele land aan voor zowel therapeutische als trainingsdoeleinden.

## 6.2. VRAGENLIJST - KENMERKEN VAN DE MFG

Er werd een lijst samengesteld van Portugese instellingen, verenigingen en therapeutische gemeenschappen in de geestelijke gezondheidszorg om de brief te versturen waarin het project werd geïntroduceerd en waarin de link naar de vragenlijst stond. Na een positief advies van de Ethische Commissie voor Gezondheid van het Academisch Centrum voor Geneeskunde in Lissabon ging het onderzoek van start. De voorzitter van de ethische commissie van de *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)*<sup>2</sup> (Regionale Gezondheidsadministratie van Lissabon en de Taagvallei) gaf advies over de geldende wetgeving in Portugal. Dit leidde tot het onderzoeken van nieuwe gevallen en het inwinnen van nieuwe adviezen bij de Comissão de Ética para a Saúde (CES) (Ethische Commissies voor Gezondheid). Deze ethische commissies bestrijken heel Portugal en zijn verbonden aan de regionale gezondheidsadministraties van Portugal.

1. *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP*
2. *Administração Regional de Saúde do Centro IP*
3. *Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP*
4. *Administração Regional de Saúde do Algarve, IP*
5. *Administração Regional de Saúde do Norte, IP* (heeft nog niet gereageerd)
6. *Administração Regional de Saúde do Alentejo* (heeft nog niet gereageerd)
7. *Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira* (deze dienst antwoordde dat er geen MFG's in het gebied waren)
8. *Direção Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores* (antwoordde dat er geen MFG's in het gebied waren)

Het was een langdurig proces omdat elk van deze commissies verschillende en verschillende documenten nodig had. Er waren ook bijeenkomsten nodig om twijfels weg te nemen en alle procedures van het project in detail te bespreken. Uiteindelijk hebben we een aantal antwoorden ontvangen, maar niet alle ethische commissies hebben geantwoord. Het gebrek aan respons van

---

<sup>2</sup>ARSLVT - een collegiaal en multidisciplinair orgaan dat functioneert als een adviescommissie voor de Raad van Bestuur van ARSLVT, IP, met name in zaken met betrekking tot zorg- en onderzoeksethiek.

sommige ethische commissies heeft ons ervan weerhouden om deze regio's in dit onderzoek op te nemen. Gelukkig maken de multifamilie groepen die werden gevonden deel uit van de regio's waarvan de ethische commissies hebben gereageerd. Na de nodige goedkeuringen werden contacten gelegd (105), per telefoon/e-mail, met openbare en privé-instellingen over het hele land. Er werden vijf reacties ontvangen:

- Drie instellingen in Lissabon
- Eén instelling in Fátima (centrale regio van Portugal)
- Eén instelling in Estremoz (Alentejo, zuidoostelijke regio van Portugal).

Er wordt verondersteld dat er in Portugal verschillende psycho-educatieve multifamilie groepen bestaan binnen verschillende openbare en privé-instellingen (IPSS's)<sup>3</sup>. Het blijft echter onduidelijk of deze groepen slechts één of twee generaties omvatten. Er zijn momenteel slechts twee actieve multifamiliale groepen voor psychoanalyse. Specifiek met betrekking tot multifamiliale psychoanalyse groepen (MFG's) in Portugal, zijn er twee groepen gevestigd in Lissabon, die opereren binnen twee dagziekenhuizen die verbonden zijn aan verschillende psychiatrische diensten in openbare ziekenhuizen. De overige drie MFG's bestaan uit twee generaties en omvatten individuen die in behandeling zijn. Deze groepen wijken echter af van het raamwerk van de multifamiliale psychoanalysegroep. Ze omvatten 1) een psychiatrische afdeling in een openbaar ziekenhuis; 2) een therapeutische gemeenschap voor verslavingen (IPSS) in Fátima (centrale regio van Portugal); en 3) een privé-instelling (IPSS) in Estremoz (zuidoostelijke regio van Alentejo). De kaders van deze groepen bestaan respectievelijk uit twee cognitief-gedragstherapeutische psycho-educatiegroepen en één Integratieve psychotherapiegroep met een dialogische en relationele basis.

De uitdagingen die zich voordeden bij het verspreiden van de vragenlijst, voornamelijk als gevolg van de lange duur van het verkrijgen van toestemming van verschillende ethische commissies voor de gezondheidszorg, belemmerden het verkrijgen van meer tijdige en uitgebreide resultaten.

### 6.2.1. Institutionele/organisatorische context

Wat betreft de administratieve structuur van de instellingen/organisaties die deze groepen huisvesten, behoren er twee tot privé/IPSS-instellingen en zijn er drie verbonden aan openbare instellingen (openbare ziekenhuizen). Alle instellingen bieden ambulante zorg aan, waaronder centra voor geestelijke gezondheidszorg, sociale centra, dagklinieken en privéconsulten. Daarnaast nemen twee van deze instellingen patiënten op uit woonvoorzieningen (ziekenhuizen). Wat de geografische spreiding betreft, wordt een opmerkelijke prevalentie van groepen waargenomen in het zuiden van het land. Er is één groep in Fátima (centrale regio), drie in Lissabon en één in Estremoz (regio Alentejo).

### 6.2.2. Karakteristieken

Wat betreft de theoretische en methodologische oriëntatie van de MFG's, meldden de meeste groepen dat ze meer dan één raamwerk gebruikten. Twee groepen noemden specifiek het gebruik van het Multifamily Psychoanalysis framework ontwikkeld door J. García Badaracco. Daarnaast gaven drie groepen aan alternatieve kaders toe te passen, zoals systemische, psychodynamische, interfamiliale, operationele groepen, etc. Bovendien gaven twee groepen aan gebruik te maken van psycho-educatie en cognitieve gedragskaders. Wat betreft academische kwalificaties vertoonden de respondenten uiteenlopende achtergronden. Twee (40%) waren psychiaters, twee waren psychologen (40%) en twee waren verpleegkundigen (20%).

---

<sup>3</sup> IPSS (Instituição Privada de Solidariedade Social) - Private Social Solidariteitsinstellingen zijn instellingen of organisaties die uitsluitend zijn opgericht op particuliere basis zonder winstoogmerk en die als doel hebben gelijkheid en sociale rechtvaardigheid te bevorderen. IPSS's opereren binnen het kader van de sociale economie en hun belangrijkste doelstelling is sociale solidariteit, met de nadruk op gebieden als sociale zekerheid, onderwijs en gezondheid. Deze instellingen werken nauw samen met de bevolking en in samenwerking met de staat om nieuwe sociale problemen aan te pakken binnen de gemeenschappen die ze bedienen.

Wat de doelstellingen van de interventies betreft, streven de MFG's vaak gecombineerde doelstellingen na. Drie groepen noemden het uitvoeren van psychotherapeutische interventies, twee groepen gaven aan zich te richten op psycho-educatieve interventies, twee groepen benadrukten het bieden van ondersteuning, twee groepen noemden counseling en één groep gaf aan dat het primaire doel het bevorderen van zelfhulp was.

### 6.2.3. Begeleiding

Wat betreft de kenmerken van de begeleider/co-therapeut groepen, deze bestaan uit multidisciplinaire teams. Drie van de groepen meldden zowel een begeleider als co-therapeuten te hebben, terwijl twee groepen alleen co-therapeuten aanwezen.

Als we kijken naar de academische kwalificaties van professionals die betrokken zijn bij MFG's, zien we dat drie groepen rapporteerden psychiaters te hebben, drie rapporteerden psychologen, en drie rapporteerden verpleegkundigen in het team. Daarnaast werden maatschappelijk werkers (2), ergotherapeuten (1), pedagogen (1) en andere professionals met educatieve en sociale specialiteiten (1) genoemd. Wat betreft de training van het uitvoerende team, is er een breed scala aan psychotherapeutische ervaringen, met een prevalentie van therapieën afgeleid van psychoanalyse, zoals groepsanalyse (1), psychodynamische therapieën (4), werkgroepen, etc. Twee groepen meldden dat ze de systemische gezinstheorie volgden en één groep noemde cognitieve gedragstherapie. Over de kwalificatie van de begeleider (indien aangewezen) gaven slechts twee groepen informatie: één groep had een psychiater en één groep had een psycholoog.

Wat supervisie betreft, valt op dat de meeste groepen geen supervisie geven (4), waarbij één groep zowel directe/interne als indirecte/externe supervisie vermeldt. Bijna alle groepen doen aan intervisie (4), slechts één groep doet daar niet aan mee.

### 6.2.4. Deelnemers

Wat de leeftijd van de deelnemers betreft, accepteerden alle groepen volwassenen, en in drie groepen zaten ook oudere volwassenen (ouder dan 65 jaar).

Wat betreft de generaties die deelnamen aan deze groepen en hun karakterisering, meldden vier MFG's de aanwezigheid van twee generaties, en één groep omvatte er meer dan twee.

Uit de relaties tussen de personen die onder behandeling waren en hun familieleden bleek dat alle groepen mensen met een ouderlijke band (5) en andere leden van het kerngezin die bij de patiënt woonden (5) omvatten. Vier groepen omvatten ook zonen, vier andere leden van de uitgebreide familie en vier namen ook andere personen op die geen deel uitmaakten van de familie.

### 6.2.5. Structuur en werking

Alle groepen rapporteerden heterogeniteit wat betreft de diagnose van hun deelnemers, met allemaal Affectieve stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen, Psychotische stoornissen en Angststoornissen. Andere pathologieën waren ook aanwezig, namelijk Psychosomatische Stoornis (2), Eetstoornis (1), Posttraumatische Stress Stoornis (2), Verslavingsstoornis (3), en Obsessieve-compulsieve Stoornis (3).

Wat het type groep betreft, was de meerderheid (3) open, 1 gesloten en 1 langzaam open. De duur van de groepen varieerde van minimaal 60 minuten tot maximaal 120 minuten.

Wat het gebruik van ontwikkelingsfasen betreft, gaven alle groepen aan dat ze deze methode niet volgden.

Wat de grootte van de groepen betreft, had 1 groep een kleine omvang (minder dan 10 deelnemers), 3 hadden een middelgrote omvang (tot 30 deelnemers) en 2 rapporteerden meer dan 30 deelnemers. De frequentie van de groepen varieerde van tweewekelijks (2) tot maandelijks (3). De meeste sessies vonden plaats tijdens werktijd (4), slechts één sessie werd buiten werktijd

gehouden. De meeste MFG's vonden plaats in een groepsruimte, terwijl slechts één een multifunctionele ruimte gebruikte. Vier deelnemers antwoordden dat de omstandigheden van de ruimte als geschikt werden beschouwd. Privacy en vertrouwelijkheid werden door vier respondenten als passend beschouwd en één groep gaf geen antwoord. In de meeste groepen zijn de zitplaatsen in een cirkel geplaatst (3), terwijl slechts één groep rond een tafel zit. Andere voorzieningen werden niet relevant geacht.

Het bestaan en de continuïteit van de groepen in jaren varieerde van 1,5 tot 22, met een gemiddelde tijd van 8,5 jaar. Alle groepen meldden enige onderbreking, waarvan 4 groepen onderbroken werden door de pandemie en 1 groep door personeelsbeperkingen. Drie groepen meldden een verandering in de modaliteit van de groepen, waarbij werd overgestapt van persoonlijk naar online. Twee groepen meldden geen verandering na de onderbreking, hoewel één groep de toevoeging van de optie om online deel te nemen aan de in-person modus vermeldde. De onderbreking varieerde van 3 maanden tot 18 maanden, voornamelijk tijdens de meest kritieke fase van de pandemie.

#### 6.2.6. Doorverwijzing

Wat de doorverwijzing van deelnemers naar MFG's betreft, aanvaardden alle groepen deelnemers van binnen de organisatie, 3 aanvaardden ook deelnemers van externe instellingen en 2 ontvingen individuen die zichzelf voorstelden.

### 6.3. FOCUSGROEPEN

Er werden twee focusgroepen uitgevoerd, volgens de aanbevelingen van het programma en gebruikmakend van de gedeelde methodologie met partners. De eerste doelgroep bestond uit begeleiders en co-therapeuten met ervaring in MFG. De tweede doelgroep bestond uit familieleden van voormalige patiënten van het Daghospitaal, samen met therapeuten die bekend waren met MFG maar geen ervaring hadden met MFG. Er werd een SWOT-analyse toegepast en aan de deelnemers in beide groepen werd dezelfde set van vier vragen gesteld.

#### 6.3.1. Focusgroepen met MFG-begeleiders

##### 6.3.1.1. Deelnemers

Via e-mail en telefoon werden twaalf (12) begeleiders en co-therapeuten met ervaring in MFG uitgenodigd. Echter, slechts zes (6) konden de groep bijwonen, bestaande uit vier psychiaters, één psycholoog en één universiteitsprofessor opgeleid in psychotherapie met een tweejarige stage in de MFG van het Daghospitaal. De groep werd gemodereerd door één persoon en had twee waarnemers.

##### 6.3.1.2. Methodologie

Modaliteit: Sessie uitgevoerd (en opgenomen) via het Zoom-platform

Sessietijd: 90 minuten - 09:00H tot 10:30H

De sessie begon met een kort welkomstwoord, waarin dank werd betuigd aan de aanwezigen, gevolgd door een beknopte presentatie van het F.A.M.H.E-project en de overkoepelende doelstellingen ervan. Vervolgens kreeg de groep informatie over de methodologie en de doelstellingen van de focusgroepsessie, samen met een uitleg over de rol van de moderator en de waarnemers. Er werd verduidelijkt dat er vier vragen zouden worden gesteld over MFG's, gebaseerd op de SWOT-methodologie. De moderator vroeg de deelnemers om hun toestemming om de sessie op te nemen. Met unanieme toestemming begon de sessie en stelden de deelnemers zich voor aan de groep. Vervolgens werden de volgende vragen gesteld.



### 6.3.1.3. Resultaten

**Vraag 1: Sterke punten (Voordelen): Welke kenmerken van een MFG maken het een voordelig psychotherapeutisch hulpmiddel in vergelijking met andere psychotherapeutische interventies (intern - gezinnen/team/dienst; en extern - instelling/gemeenschap)?**

- Uitbreiding van de problemen van de patiënt naar de hele familie - aanwezigheid van meer dan één generatie.
- Snelheid van diagnose.
- Directe observatie van relationele psychopathologie - intergenerationaliteit en transgenerationaliteit.
- Snelle verbetering van de patiënt tijdens de behandeling.
- Collegiaal leren.
- Verandering in het concept van ziek worden: het individu wordt niet alleen ongeorganiseerd, hij/zij wordt ongeorganiseerd in de familiale omgeving.
- Mogelijkheid om de relatie- en communicatiepatronen van de verschillende gezinsleden te observeren.
- Bescherming van de patiënt: De therapeut als hulp-ego van de patiënt; de mogelijkheid om zichzelf te testen in een beschermde omgeving - MFPG's zijn als een voorportaal van de sociale werkelijkheid.
- Het faciliteren van open communicatie tussen familie, patiënt en het team, waarbij voorkomen wordt dat de familie achter de rug van de patiënt om praat.
- Onderwijs en opleiding van gezondheidswerkers.
- Kosten/baten voor het gezondheidssysteem - vermindert heropnames en bezoeken aan de spoedeisende hulp.
- Effectiviteit op lange termijn - verbeteringen voor een langere periode.
- Verminderde chroniciteit - behandelt het probleem bij de bron in plaats van het te camoufleren.

**Vraag 2: Zwakke punten (Nadelen): Welke kenmerken maken MFPG nadelig in vergelijking met andere psychotherapeutische hulpmiddelen? (Intern - gezinnen/team/dienst; en Extern - instelling/gemeenschap).**

- Het is niet voldoende als therapeutisch hulpmiddel - er zijn andere hulpmiddelen nodig om het aan te vullen (individuele psychotherapie in sommige gevallen).
- De moeilijkheid die soms ontstaat als het nodig is om de spreektijd min of meer gelijk te verdelen.
- Logistiek: behoefte aan meer dan één therapeut; behoefte aan een ruimte met voldoende ruimte en privacy.
- Noodzaak van adequate therapeutenopleiding - MFPG is een groep die specifieke technische kennis/ervaring vereist.
- Behoeft aan beschikbaarheid, constantheid en continuïteit van therapeuten tijdens de sessies - in instellingen kan het moeilijk zijn om deze continuïteit te handhaven.

**Vraag 3: Mogelijkheden: Welke aspecten zouden benadrukt moeten worden in MFPG, als psychotherapeutische benadering van geestelijke gezondheid, om het makkelijker te maken om het na te leven? Of, in hoeverre kan het werken met MFPG bijdragen aan de transformatie van: gezinnen/team/dienst; en instelling/gemeenschap?**

- De relevantie van de positieve effecten van MFG's op de openbare gezondheidszorg en andere sociale instellingen moet worden benadrukt.

- Talrijke mogelijkheden om nieuwe en meer structurerende/gezonde identificaties te ontwikkelen, waardoor persoonlijke groei mogelijk wordt voor patiënten, families en therapeuten.
- Trainingsmogelijkheden voor technici: nieuwe professionele ervaringen en een nieuwe kijk op psychiatrie.
- De mogelijkheid om afstandsmedia te gebruiken - meer mensen bereiken (afstand en tijd).
- De mogelijkheid om het begrip van de problemen van de patiënt te verbreden: verschillende fasen van de levenscyclus van de patiënt en de familie (transgenerationaliteit) - door middel van de verhalen van de verschillende familieleden.
- De mogelijkheid om de kosteneffectiviteit op lange termijn te verbeteren: langdurige verbeteringen, minder crises en minder ziekteverzuim.

**Vraag 4: Bedreigingen: Op welke manieren kan MFPG een bedreiging zijn (intern/extern)?**

- Culturele en psychologische weerstanden - voor velen is wat onbekend of ongewoon is bedreigend.
- Moeilijkheden veroorzaakt door instellingen die het aantal betrokken technici als een verspilling van middelen beschouwen.
- Gebrek aan gespecialiseerde professionals.
- Uitputting van gezondheidswerkers bij het omgaan met de belemmeringen die de instellingen opwerpen.
- Moeilijk om ervoor te zorgen dat de inhoud van de groep privé blijft.

### 6.3.2. Focusgroepen met MFG- gebruikers

#### 6.3.2.1. Deelnemers

Zestien (16) uitnodigingen per telefoon en e-mail werden verstuurd naar gezondheidszorgpsychotherapeuten en gezondheidsprofessionals met MFPG-kennis maar zonder MFPG-ervaring, evenals naar familieleden van voormalige patiënten van de MFPG's. Slechts zeven (7) mensen konden de groep bijwonen: twee psychologen die ook psychotherapeut zijn, drie psychiatrische stagiaires zonder ervaring met psychotherapie (allen zonder MFPG-ervaring), en twee moeders van voormalige patiënten. De groep werd gemodereerd door één persoon en er waren twee waarnemers aanwezig.

#### 6.3.2.2. Methodologie

Modaliteit: De sessie werd uitgevoerd (en opgenomen) via het Zoom-platform.

Sessietijd: 90 minuten - 09:00H - 10:30H

Net als bij focusgroep 1 verwelkomde en bedankte de moderator de aanwezigen. Er werd een korte presentatie gegeven van het F.A.M.H.E-project en de algemene doelstellingen ervan, samen met de doelstellingen van de sessie en informatie over de methodologie van de bijeenkomst. De rol van de moderator en de waarnemers werd uitgelegd. Ten tweede werd verduidelijkt dat de SWOT-analysemethodologie zou worden toegepast, met vier vragen over de Sterke en Zwakke punten, Kansen en Bedreigingen van de MFPG's. Net als in Focusgroep 1 vroeg de moderator aan de deelnemers of ze akkoord gingen en toestemming gaven voor het opnemen van de sessie. Met ieders toestemming begon de sessie, waarbij de deelnemers zichzelf voorstelden aan de groep. Daarna werden de volgende vragen gesteld.

### 6.3.2.3. Resultaten

**Vraag 1: Sterke punten (Voordelen): Wat zijn de kenmerken van MFPG die het een voordelig psychotherapeutisch hulpmiddel maken in vergelijking met andere psychotherapeutische interventies (intern - gezinnen/team/dienst; en extern - instelling/gemeenschap)?**

- De rol van de therapeut als stabiliserende factor: het overwinnen van communicatieproblemen, conflicten en taalvariaties.
- Mogelijkheid om angsten, remmingen en taboes te overwinnen na aanpassing aan de groep.
- Transgenerationaliteit - De aanwezigheid van meer dan één generatie maakt het mogelijk om transgenerationale patronen te identificeren, conflictactoren aan te spreken en misverstanden op te lossen.
- Mogelijkheid om communicatie te corrigeren/veranderen - verduidelijking van communicatie, oplossen van misverstanden en begrijpen van gedrag.
- Ontwikkeling van denken en voelen - leren over jezelf te denken via anderen.
- Verruiming van de geest: Veel mensen kunnen pas over zichzelf nadenken als ze beschrijvingen van andere deelnemers horen, wat creativiteit en nieuwe perspectieven bevordert.
- De universaliteit van psychologische en relationele problemen en de mogelijkheid om oplossingen te vinden: luisteren naar anderen doorbreekt het isolement van gezinnen, waardoor problemen gemakkelijker overwonnen kunnen worden.
- Ontwikkeling van empathie, eerst met anderen en daarna met leden van de eigen familie.
- Mogelijkheid om problemen vanuit een nieuw perspectief te begrijpen, innovatieve oplossingen te zoeken en actief bij te dragen aan het herstel van familieleden.
- Hiërarchie van de ernst van problemen: de mogelijkheid om te bepalen welke situaties prioriteit moeten krijgen en hoe belangrijk ze zijn.

**Vraag 2: Zwakke punten (Nadelen): Welke kenmerken maken MFPG in het nadeel ten opzichte van andere psychotherapeutische hulpmiddelen? (Intern - gezinnen/team/dienst; en Extern - instelling/gemeenschap)**

- Generatieverschillen: uiteenlopende problemen bij verschillende generaties kunnen communicatie en empathie belemmeren.
- Behoeftte aan goed opgeleide therapeuten.
- Moeite om traumatische situaties in een grote groep aan te pakken.
- Groepsduur en tijdmanagement in een grote groep.
- Aanvankelijk is het niet altijd gemakkelijk om deel te nemen aan groepstherapie.
- Groepscohesie - bijv. therapeutische alliantie: Onregelmatige deelname van leden aan een therapeutische groep is niet bevorderlijk voor de ontwikkeling van een therapeutische alliantie/groepscohesie. Als er therapeutische doelen zijn, is het van cruciaal belang dat deelnemers zich verplichten om deel te nemen, omdat de banden en intimiteit die tussen de deelnemers worden gevormd, gebaseerd moeten zijn op continuïteit.

**Vraag 3: Mogelijkheden: Welke aspecten zouden benadrukt moeten worden in MFPG, als psychotherapeutische benadering van geestelijke gezondheid, om het makkelijker te maken om het na te leven? Anderzijds, in hoeverre kan het werken met MFPG bijdragen aan de transformatie van: gezinnen/team/dienst; en instelling/gemeenschap?**

- Bewustwording van de impact op anderen: mogelijkheden om communicatie en empathie te verbeteren.

- MFGPG heelt relaties en mismatches tussen ouders en kinderen; en bevordert vrede en begrip. Mensen in behandeling voelen de aanwezigheid van hun familieleden in de MFGPG als een demonstratie van zorg en liefde.
- therapietrouw met medicatie en verbetering van de ziekte
- Hoop: De vooruitgang van anderen laat zien dat herstel mogelijk is.
- Zelfkennis: Het is een kans voor familieleden om zichzelf te leren kennen door wat ze meemaken in de groep.

**Vraag 4: Bedreigingen: Op welke manieren kan MFGPG een bedreiging zijn (intern/extern)?**

- Wantrouwen en weerstand tegen behandeling in een grote groep.
- Gezien de grootte van de groep, onvoldoende tijd om iedereen aan het woord te laten.
- Conflicten die in de groep ontstaan, kunnen mogelijk niet volledig worden opgelost binnen de beschikbare tijd.
- Afwezigheid in de groep kan worden gezien als een zwakte, wat leidt tot het gevoel niet geïntegreerd te zijn in de groep. Het kan anderen aanmoedigen om afwezig te zijn en de afwezigheid van familieleden kan worden gezien als een bedreiging voor de behandeling.
- Angst voor vertrouwelijkheidsschendingen.

### 6.3.3. Conclusies van de focusgroepen

Bij het analyseren van de inhoud van de antwoorden op de vier vragen die in focusgroep 1 en 2 werden gesteld, bleken sommige antwoorden vergelijkbaar, terwijl andere verschillend waren. Het doel was om de antwoorden van therapeuten met ervaring in MFG te vergelijken met de antwoorden van therapeuten zonder ervaring in MFG en familieleden van ex-patiënten. Om het samenvatten te vergemakkelijken en om conclusies te kunnen trekken uit deze SWOT-analyse, werden er verschillende categorieën gemaakt op basis van het type antwoorden dat werd ontvangen (Zie hieronder, in Tabel 1).

De volgende categorieën werden gecreëerd voor vraag 1:

- Transgenerationaliteit/aanwezigheid van meer dan één generatie;
- Voordelen voor gezinnen en therapeuten;
- Mogelijkheden tot transformatie;
- Klinische en institutionele voordelen.

De volgende categorieën werden gecreëerd voor vraag 2:

- Mogelijke moeilijkheden door generatieverschillen;
- Problemen met ruimte en training;
- Moeilijkheden bij het vormen van een (grote) groep;
- Groepscohesie / Therapeutische Alliantie.

De volgende categorieën werden gecreëerd voor vraag 3:

- Mogelijkheden voor patiënten en gezinnen;
- Kansen voor zorgverleners en instellingen.

De volgende categorieën werden gecreëerd voor vraag 4:

- Verzet van de families;
- Moeilijkheden van de instellingen;
- Problemen met het zijn van een (grote) groep.

De antwoorden op de eerste vraag kwamen sterk overeen in de twee focusgroepen: beide benadrukten het belang van de aanwezigheid van meer dan één generatie bij het oplossen van

huidige problemen, evenals de relevantie van transgenerationaliteit. Beide groepen benadrukten de vele voordelen van MFG's voor gezinnen, gezondheidswerkers en instellingen.

De tweede vraag wees op de behoefte aan specifieke training van de therapeuten en het belang van andere therapeutische middelen om de MFG's aan te vullen; sommige moeilijkheden in verband met de grootte van de groep en de generatiekloof; en het belang van constantheid in de aanwezigheid van zowel therapeuten als families werd ook benadrukt.

Wat de mogelijkheden betreft, benadrukt focusgroep 1 de mogelijkheden voor technici en instellingen om de behandelzeiten te verkorten met kosten-batenvoordelen, terwijl focusgroep 2 de mogelijkheden voor groei en ontwikkeling van het gezin benadrukt.

Tot slot, in vraag 4, als bedreigingen voor MFPG's, benadrukten beide groepen de weerstanden en moeilijkheden die worden opgeroepen door deelnemers en instellingen en de dringende noodzaak van een groeps cultuur om de psychologische weerstand tegen wat onbekend of ongebruikelijk is te bestrijden.

Hieronder volgt een tabel met een samenvatting van de resultaten van de twee focusgroepen.

**Tabel 1. SWOT-vragen/categorieën.**

<b>SWOT - VRAGEN</b>		
<b>Vraag 1: Sterke punten (Voordelen): Welke kenmerken van MFPG maken het een voordelig psychotherapeutisch hulpmiddel ten opzichte van andere psychotherapeutische interventies (intern - gezinnen/team/dienst; en extern - instelling/gemeenschap)?</b>		
<b>CATEGORIEËN</b>	<b>FOCUSGROEP 1</b>	<b>FOCUSGROEP 2</b>
<b>Transgenerationaliteit/aanwezigheid van meer dan één generatie</b>	1) Uitbreiding van de problemen van de patiënt naar de hele familie - aanwezigheid van meer dan één generatie. 3) Directe observatie van relationele psychopathologie - intergenerationaliteit en transgenerationaliteit.	3) Transgenerationaliteit - De aanwezigheid van meer dan één generatie maakt het mogelijk om transgenerationale patronen te identificeren, conflictactoren aan te spreken en misverstanden op te lossen.
<b>Voordelen voor gezinnen en therapeuten</b>	5) Collegiaal leren. 6) Verandering in het concept van ziek worden: het individu wordt niet alleen gedesorganiseerd, hij/zij wordt gedesorganiseerd in de familiale omgeving. 10) Onderwijs en opleiding van gezondheidswerkers.	5) Ontwikkeling van denken en voelen - leren over jezelf te denken via anderen. 6) Verruiming van de geest: veel mensen kunnen pas over zichzelf nadenken als ze beschrijvingen van andere deelnemers horen, wat de creativiteit en nieuwe perspectieven bevordert. 8) Ontwikkeling van empathie, eerst met anderen en daarna met de leden van de eigen familie.
<b>Mogelijkheden van transformatie</b>	7) Mogelijkheid om de relatien en communicatiepatronen van de verschillende gezinsleden te observeren.	1) De rol van de therapeut als stabiliserende factor: het overwinnen van communicatieproblemen,

	<p>8) Bescherming van de patiënt: De therapeut als hulp-ego van de patiënt; de mogelijkheid om zichzelf te testen in een beschermde omgeving - MFPG's zijn als een voorkamer van de sociale werkelijkheid.</p> <p>9) Het faciliteren van open communicatie tussen de familie, de patiënt en het team, waarbij voorkomen wordt dat de familie achter de rug van de patiënt om praat.</p>	<p>conflicten en taalvariaties.</p> <p>2) Mogelijkheid om angsten, remmingen en taboes te overwinnen na aanpassing aan de groep .</p> <p>4) Mogelijkheid om de communicatie te verbeteren/veranderen - verduidelijking van de communicatie, oplossen van misverstanden en begrijpen van gedrag.</p> <p>7) De universaliteit van psychologische en relationele problemen en de mogelijkheid om oplossingen te vinden: luisteren naar anderen doorbreekt het isolement van gezinnen, waardoor problemen gemakkelijker overwonnen kunnen worden.</p> <p>9) Mogelijkheid om problemen vanuit een nieuw perspectief te begrijpen, innovatieve oplossingen te zoeken en actief bij te dragen aan het herstel van familieleden.</p> <p>10) Hiërarchie van de ernst van problemen: de mogelijkheid om te bepalen welke situaties prioriteit moeten krijgen en hoe belangrijk ze zijn.</p>
<p><b>Klinische en institutionele voordelen</b></p>	<p>2) Snelheid van diagnose.</p> <p>4) Snelle verbetering van de patiënt tijdens de behandeling.</p> <p>11) Kosten/baten voor het gezondheidssysteem - vermindert heropnames en bezoeken aan de spoedeisende hulpverlening.</p> <p>12) Effectiviteit op lange termijn - verbeteringen voor een langere periode.</p> <p>13) Verminderde chroniciteit - behandelt het probleem bij de bron in plaats van het te camoufleren.</p>	
<p><b>Vraag 2: Zwakke punten (Nadelen): Welke kenmerken brengen MFPG in het nadeel ten opzichte van andere psychotherapeutische hulpmiddelen? (Intern - gezinnen/team/dienst; en Extern - instelling/gemeenschap)</b></p>		

<b>Mogelijke moeilijkheden door generatieverschillen</b>		1) Generatieverschillen: Uiteenlopende problemen bij verschillende generaties kunnen communicatie en empathie belemmeren.
<b>Problemen met ruimte en training</b>	3) Logistiek: behoefte aan meer dan één therapeut; behoefte aan een ruimte met voldoende ruimte en privacy. 4) Noodzaak van adequate therapeutenopleiding - MFPG is een groep die specifieke technische kennis/ervaring vereist.	2) Behoeft aan goed opgeleide therapeuten.
<b>Moeilijkheden bij het vormen van een (grote) groep</b>	1) Het is niet voldoende als therapeutisch hulpmiddel - er zijn andere hulpmiddelen nodig om het aan te vullen (individuele psychotherapie in sommige gevallen). 2) Soms kan het moeilijk zijn om de spreektijd gelijk te verdelen.	3) Moeite om traumatische situaties in een grote groep aan te pakken.
<b>Groepscohesie / therapeutische alliantie</b>	5) Behoeft aan beschikbaarheid, constantheid en continuïteit van de therapeuten tijdens de sessies - in instellingen kan het moeilijk zijn om deze continuïteit te handhaven.	6) Groepscohesie - bijv. therapeutische alliantie: Onregelmatige deelname van leden aan een therapeutische groep is niet bevorderlijk voor de ontwikkeling van een therapeutische alliantie/groepscohesie. Als er therapeutische doelen zijn, is het van cruciaal belang dat deelnemers zich verplichten om deel te nemen, omdat de banden en intimiteit die tussen de deelnemers worden gevormd, gebaseerd moeten zijn op continuïteit.
<b>Vraag 3: Mogelijkheden: Welke aspecten zouden benadrukt moeten worden in MFPG, als psychotherapeutische benadering van geestelijke gezondheid, om het makkelijker te maken om het na te leven? Of, in hoeverre kan het werken met MFPG bijdragen aan de transformatie van: gezinnen/team/dienst; en instelling/gemeenschap?</b>		
<b>Mogelijkheden voor patiënten en gezinnen</b>	2) Talrijke mogelijkheden om nieuwe en meer structurerende/gezonde identificaties te ontwikkelen, waardoor persoonlijke groei	1) Bewustwording van de impact op anderen: Mogelijkheden om communicatie en empathie te verbeteren. 2) MFPG heelt relaties en

	<p>mogelijk wordt voor patiënten, families en therapeuten.</p> <p>4) De mogelijkheid om afstandsmedia te gebruiken - meer mensen bereiken (afstand en tijd).</p>	<p>mismatches tussen ouders en kinderen; en bevordert vrede en begrip. Mensen in behandeling voelen de aanwezigheid van hun familieleden in de MFG als een demonstratie van zorg en liefde.</p> <p>3) therapietrouw met medicatie en verbetering van de ziekte</p> <p>4) Hoop: De vooruitgang van anderen laat zien dat herstel mogelijk is.</p> <p>5) Zelfkennis: Het is een kans voor familieleden om zichzelf te leren kennen door wat ze meemaken in de groep.</p>
<b>Kansen voor zorgverleners en instellingen</b>	<p>1) De relevantie van de positieve effecten van MFG's op de openbare gezondheidszorg en andere sociale instellingen moet worden benadrukt.</p> <p>3) Trainingsmogelijkheden voor technici: nieuwe professionele ervaringen en een nieuwe kijk op psychiatrie.</p> <p>5) De mogelijkheid om het begrip van de problemen van de patiënt te verbreden: verschillende fasen van de levenscyclus van de patiënt en de familie (transgenerationaliteit) - door middel van de verhalen van de verschillende familieleden.</p> <p>6) De mogelijkheid om de kosteneffectiviteit op lange termijn te verbeteren: langdurige verbeteringen, minder crises en minder ziekteverzuim.</p>	
<b>Vraag 4: Bedreigingen: Op welke manieren kan MFG een bedreiging zijn (intern/extern)?</b>		
<b>Weerstanden van de families</b>	<p>1) Culturele en psychologische weerstanden - voor velen is wat onbekend of ongewoon is bedreigend.</p>	<p>1) Wantrouwen en weerstand tegen behandeling in een grote groep.</p> <p>4) Afwezigheid in de groep kan worden gezien als een zwakte, wat leidt tot het gevoel niet geïntegreerd te zijn in de groep. Het kan anderen aanmoedigen om afwezig te zijn en de afwezigheid van familieleden</p>



		kan worden gezien als een bedreiging voor de behandeling.
<b>Moeilijkheden van de instellingen</b>	<p>2) Moeilijkheden veroorzaakt door instellingen die het aantal betrokken technici als een verspilling van middelen beschouwen.</p> <p>3) Gebrek aan gespecialiseerde professionals.</p> <p>4) Uitputting van de gezondheidstechnici bij het omgaan met de hindernissen die de instellingen opwerpen.</p>	
<b>Problemen met een (grote) groep zijn</b>	5) Moeilijk om ervoor te zorgen dat de inhoud van de groep privé blijft.	<p>2) Gezien de grootte van de groep, geen tijd om te praten.</p> <p>3) Conflicten die in de groep ontstaan en binnen de beschikbare tijd worden opgelost.</p> <p>5) Angst voor lekken/vertrouwelijkheidsschendingen.</p>

#### 6.4. BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK

Gelijktijdig met de ontwikkeling van de vragenlijst werd een uitgebreid literatuuronderzoek gestart naar mulifamiliale interventies in de geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek stelde de projectpartners in staat om hun webgebaseerd onderzoek te verfijnen en te focussen in lijn met de onderzoeksdoelstellingen van het project. Er werden meerdere zoekmachines gebruikt, waaronder Google, Google Scholar, PubMed, Hall en Cairn, en de resultaten werden georganiseerd met behulp van de beheersoftware Zotero. De citatiestijl APA VI editie werd toegepast.

De overeengekomen sleutelwoorden, vastgesteld tijdens transnationale bijeenkomsten, omvatten:

- Psychoanalyse voor meerdere gezinnen
- mulifamiliale therapie
- Multifamilie Groep
- Multifamiliale Psychoanalyse Groep
- Groepstherapie voor meerdere gezinnen
- Multifamilie groepsbehandeling

Deze zoektermen werden vertaald in de relevante landstalen en aangevuld met landspecifieke termen. Consensus tussen de partners leidde tot zoekopdrachten in verschillende nationale talen, die voor elke taal de landsgrenzen overschreden en extra landen omvatten.

Het bibliografisch onderzoek in Portugal liet zien dat trefwoorden als Multifamilie groep, Multifamiliepsychoanalyse en Multifamilie-therapie een meer uitgebreide en kwalitatieve inhoudsopgave opleverden. De Portugese bibliografie bevatte met name artikelen, monografieën, boeken en hoofdstukken.

## 6.5. CONCLUSIES

De primaire doelstelling van het project 'Multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg', het karakteriseren van de modellen en het in kaart brengen van bestaande multifamilie groepen in de geestelijke gezondheidszorg in Portugal, werd niet volledig gerealiseerd vanwege beperkingen die in het vorige hoofdstuk (5.2) zijn beschreven, wat leidde tot vertragingen in het leveren van de resultaten van de vragenlijsten en focusgroepen.

Er werden slechts vijf vragenlijsten ontvangen, die vijf instellingen vertegenwoordigden. Deze resultaten omvatten beide typen MFG die in de doelstellingen van het project worden beschreven: 1) Psycho-educatieve Multifamilie Groepen, die psychische gezondheidsproblemen behandelen en informatie geven over hoe hiermee om te gaan; en 2) Psychotherapeutische Multifamilie Groepen, die Multifamilie Psychoanalyse Groepen omvatten. Dit laatste type omvat het dagziekenhuis van de Psychiatrische Dienst van CHULN-HSM, opgericht in 2001 en pionier in Portugal (Lissabon), en het dagziekenhuis van de Psychiatrische Dienst van CHLO, dat sinds 2016 bestaat.

Zoals eerder uitgelegd heeft het Daghospitaal, dat deel uitmaakt van een universitair ziekenhuis dat verbonden is aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Lissabon (FMUL), altijd een opleidingscomponent opgenomen. Dit heeft de opleiding van een groot aantal gezondheidstechnici via institutionele stageprogramma's mogelijk gemaakt. Naast institutionele stagiaires heeft het Daghospitaal ook onderdak geboden aan andere gezondheidstechnici - psychiaters, kinderpsychiaters, psychologen en verpleegkundigen - die, hoewel ze geen officiële stagiaires zijn, interesse toonden in het leren van het psychoanalytische en groepsanalytische model van het Daghospitaal. Deze interesse groeide aanzienlijk na de start van MFG's in 2001. Tot een paar jaar geleden, toen ze van het bestaan van de MFG hoorden, vroegen veel collega's toestemming aan de administratie van CHULN-HSM om vrijwillige, onbetaalde observatie-/stage stages van enkele maanden te lopen. Sommige van deze gezondheidspsychotherapeuten hebben vervolgens het model van de MFG van het Daghospitaal overgenomen in de instellingen waar ze werkzaam waren<sup>4</sup>. In de afgelopen jaren hebben nieuwe regels van de administratie van CHULN-HSM het echter onmogelijk gemaakt voor gezondheidstechnici die geen deel uitmaken van het stagestelsel om een opleiding te volgen in het Daghospitaal van CHULN-HSM.

Verskillende factoren dragen bij aan de beperkte verspreiding van Meergezins Psychoanalyse Groepen in Portugal. Institutionele weerstand en de pragmatische behoefte aan geschikte omstandigheden, zoals fysieke ruimte en getrainde psychotherapeuten, zijn belangrijke uitdagingen. Institutionele weerstand komt voort uit culturele en psychologische vooroordelen, verkeerde informatie en vooroordelen over bepaalde psychotherapeutische benaderingen, vooral dynamische groepspsychotherapieën. Deze weerstand kan worden toegeschreven aan twijfels, onzekerheden, voorkeuren voor klassieke/farmacologische benaderingen, onjuiste overtuigingen over kosteneffectiviteit en zorgen over het gebruik van middelen. Economische en middelen-gerelateerde claims, zoals de waargenomen verspilling van menselijke hulpbronnen door het aantal technici dat betrokken is bij groepspsychotherapieën, werden door de MFG begeleiders in focusgroepen geïdentificeerd als bedreigingen voor Multifamilie Groepen.

Het aanpakken van deze uitdagingen vereist de ontwikkeling van een 'groeps cultuur' om psychologische weerstand tegen het onbekende of onconventionele tegen te gaan. Daarnaast zorgt de bureaucratie van Portugese instellingen voor extra obstakels, die de implementatie van nieuwe en andere benaderingen belemmeren vanwege verschillende procedures en beperkingen.

Hoewel sommige deelnemers aan de focusgroepen het potentieel van Multifamilie groepen erkenden als een waardevolle setting voor het trainen van zorgprofessionals, benadrukten zij ook

---

<sup>4</sup> 1) Dagziekenhuis van de Psychiatrische Dienst van het Ziekenhuis Fernando da Fonseca in Amadora, district Lissabon; 2) Dagziekenhuis van de Psychiatrische Dienst van het CHLO; 3) Dagcentrum van het Instituut voor Drugs en Drugsverslaving (IDT), tegenwoordig de Dienst voor Interventie in Verslavingsgedrag en Afhankelijkheid (SICAD); de eerste en de laatste groep zijn enkele jaren geleden beëindigd.

de behoefte aan specifieke training voor MFG therapeuten. Wat betreft de toegevoegde waarde van MFG's, benadrukten deelnemers het belang van de aanwezigheid van meer dan één generatie als een voordeel bij het oplossen van lopende conflicten. Beide focusgroepen benadrukten de talrijke voordelen van MFG's voor gezinnen, gezondheidswerkers en instellingen.

## 7. RESULTATEN VERGELIJKENDE ANALYSE

### 7.1. VRAGENLIJST: ANALYSE

ADIFM (*Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina*, Portugal) nam de verantwoordelijkheid op zich om de resultaten van de vier betrokken landen te presenteren. Na het samenstellen van zijn rapport en het ontvangen van rapporten van partners in Italië, België en Spanje, produceerde het het eindrapport voor de vier landen, zoals hieronder gepresenteerd.

De verspreiding van groepspsychotherapieën, in het bijzonder Multifamilie groepen (MFG's), wordt beschouwd als een van de belangrijkste vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel 'groepspsychotherapie' een lange geschiedenis heeft, is<sup>5</sup> de praktijk van de multifamiliepsychotherapie in de jaren 1970 ontstaan, voornamelijk naar aanleiding van de psychoanalytische benadering die werd geïntroduceerd door de Argentijnse psychiater García Badaracco. Hij paste deze aanpak voor het eerst toe in de jaren 1960 in het Psychiatrisch Ziekenhuis van Buenos Aires, waar samenwerking tussen patiënten en familieleden de mogelijkheid aantoonde om individuen uit de asielstructuur te halen. MFG begon aan kracht te winnen in de nieuwe eeuw en ontwikkelde zich samen met de gezamenlijke ontwikkeling van gezinstherapie en de systemische benadering. Vandaag de dag omvat het verschillende theoretische modellen en dient het als een gevestigde psychotherapeutische praktijk die wordt ondersteund door bewijs dat de effectiviteit ervan bevestigd is in termen van resultaten.<sup>6</sup>

MFG vergemakkelijkt het creëren van een therapeutisch klimaat, vaak gekenmerkt door een sterke emotionele intensiteit, waarbij personen met psychisch lijden, hun familieleden/verwanten of naaste medewerkers en beoefenaars met verschillende achtergronden betrokken zijn. Meestal zijn er een groot aantal mensen bij betrokken (30 tot 90) die minstens twee generaties vertegenwoordigen. Met zijn psychodynamische benadering wordt de groep gekenmerkt als een transformatieve ervaring voor alle betrokkenen, "zowel voor de rijkdom van de menselijke ervaring als voor de kwaliteit van het wederzijdse leren dat wordt ervaren".<sup>7</sup>

MFG luidt een nieuwe fase in de behandeling van psychiatrische stoornissen in door een interactieve dynamiek te stimuleren die 'gebruikers', vooral diegenen die lijden aan een psychose, en hun familieleden bewust maakt van de pathologische onderlinge afhankelijkheidsrelaties waarin ze betrokken zijn. Dit stelt hen in staat om na te denken en hun situatie te vergelijken met die van andere deelnemers.

Dit proces ontvouwt zich door middel van collectieve bijeenkomsten die gebaseerd zijn op een paar regels: naar alle individuen wordt 'geluisterd, ze worden begrepen en ze worden gerespecteerd in die mate dat ze het gevoel hebben dat ze op elkaars hulp kunnen gaan rekenen en dus ook op elkaars mening, zelfs als die verschilt van die van henzelf', allemaal van gelijke waarde. Binnen de groep wordt 'een situatie opgebouwd waarin iedereen van buitenaf kan kijken naar de rol die ze spelen en de manier waarop ze dat doen: kinderen, ouders en verzorgers, zelf kinderen en/of ouders in hun eigen leven'. Naast de intrinsieke waarde van de innerlijke dimensie bestaat er de relationele dimensie van een ontmoeting tussen mensen: 'men is niet langer kind, ouder of psychiater. Men voelt zich op gelijke voet met de ander', terwijl de dialoog tussen gebruikers en familieleden niet kan zonder 'in elkaars ogen te kijken' en emotioneel contact te bevorderen in de 'dramatische ruimte' van de ontmoeting. Belangrijke thema's van deelname aan de MFG zijn 'delen',

---

<sup>5</sup> Deze benaming stamt uit de jaren 1930 en wordt toegeschreven aan J. L. Moreno.

<sup>6</sup> Literatuur en getuigenissen in dit onderzoek benadrukken verschillende voordelen, waaronder verbeterde familierelaties en verminderingen in TSO-opnames en drugstherapie. Zoals opgemerkt: "In de mate dat de competentie van het gezin en tussen gezinnen onderling toeneemt, kan het aantal drugstherapieën op een geleidelijke en consistente manier met 3 of 4 keer worden verminderd en kunnen de gezinsrelaties worden verbeterd". Cf. Canevaro A., Bonifazi S. (2011), *Il gruppo multifamiliare*. Een ervaringsgerichte benadering, Armando Editore, Rome, p. 49.

<sup>7</sup> Vgl. door G. Villa (2016), *Il Gruppo Multifamiliare tra funzione migrante e apprendimento*, 'In Gruppo: omogeneità e differenze, rivista online Argo6.

'confrontatie', 'uitwisseling', 'steun', of 'hulp',<sup>8</sup> het creëren van een therapeutisch klimaat gebaseerd op vertrouwen, empathie, respect, zelf- en ander-acceptatie, en spontaniteit van menselijk contact. Deze sfeer wordt beïnvloed door de relationele kwaliteiten, vooral empathie, van de zorgverleners, te beginnen met de begeleider/coördinator. Deze figuur stimuleert en reguleert dialogen door het woord te geven aan iedereen die daarom vraagt, de snelle circulatie van ideeën te bevorderen en een opeenvolging van interventies gebaseerd op 'vrije associaties' aan te moedigen, zodat iedereen kan leren, door analogie of imitatie, van de ervaringen van anderen. Bovendien kunnen deelnemers elkaar spiegelen.

De begeleider, bijgestaan door andere co-therapeuten, moet zich onthouden van elk oordeel over de lijdende personen en familieleden. Ze moeten ook afstand doen van hun 'cognitieve zekerheden om zichzelf onder te dompelen in de wereld van affecties en emoties; accepteren om vrij te zweven samen met alle anderen',<sup>9</sup> en ze kunnen dan als team bespreken wat er in de groepen gebeurt. Deze voortdurende leerervaring in de groep brengt verzorgers en familieleden samen.

MFG's versterken de erkenning van de familie als de sfeer van de 'aangewezen patiënt', halen ze uit hun isolement en verheffen ze in de therapeutische samenwerking tot een actieve deelnemer aan herstelprojecten. Tegelijkertijd moedigen ze de verkenning van 'zelfhulp' onder gezinsleden aan. Opmerkelijk is dat de meeste MFG-familieleden ook betrokken zijn bij zelfhulpgroepen<sup>10</sup>, die op hun beurt kunnen evolueren uit multifamiliale groepen die geleidelijk autonoom worden. Het is de kunst van de MFG om gezinnen te helpen zichzelf te helpen, zodat "wanneer dit gebeurt, de groep op zichzelf kan functioneren".<sup>11</sup>

#### 7.1.1. Het onderzoek: Doel, cognitieve doelstellingen en methodologie

Het primaire doel van dit eerste verkennende onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de ervaringen en het functioneren van MFG's in vier Europese landen, elk met een eigen geschiedenis en traject in de verschuiving van psychiatrie naar geestelijke gezondheidszorg. Hoewel deze ervaringen relatief recent zijn, nog niet wijdverspreid of uniform, en nog steeds in ontwikkeling, vertegenwoordigen ze een boeiende weg voor de aanpak van nood vanuit een systemisch, familie- en gemeenschapsperspectief, die verder gaat dan specialistische diensten en individuele therapieën.

Het onderzoek verliep in twee opeenvolgende fasen:

1) Een eerste onderzoek dat gericht was op het verzamelen van informatie over algemene, organisatorische en operationele kenmerken van de MFG's, door het invullen van een vragenlijst door de deelnemers. De specifieke cognitieve doelstellingen omvatten de volgende reeksen indicatoren:

- Algemene aspecten: geboortetijd, lichaamsbevordering en activerende dienst, theoretisch-methodologische oriëntatie.
- Logistieke en organisatorische elementen: geschiktheid en organisatie van vergaderruimtes, vergadermethoden, frequentie, duur en tijdschema.
- Betrokken personeel: entiteit, kwalificaties, specifieke trainingsachtergrond en teamsamenstelling.
- Werkingsaspecten van de groep: omvang, openen-sluiten, fasen en sessies, supervisie en intervisie, onderbrekingen, veranderingen in de loop van de tijd en gevolgen van de COVID-19 pandemie.
- Kenmerken van deelnemers: verzendkanaal, leeftijdsgroep en prevalentie aandoeningen.

---

<sup>8</sup> Zie (red.) R. Frisanco (2016), *Reti di cura e disagio psichico. Utenti, famiglia e servizi di salute mentale a Roma*, Palombi Editori, Roma.

<sup>9</sup> Vgl. Narraci A. (2015), *Psicanalisi Multifamiliare come Esperanto*, Antigone Edizioni, Turijn.

<sup>10</sup> Zie (red.) Frisanco R., op. cit.

<sup>11</sup> Op. cit., Canevaro A en Bonifazi S. (2011), p. 31.

2) Een diepgaand kwalitatief onderzoek naar de MFG's in elk land, met twee focusgroepinterviews: De eerste focusgroep bestond uit een vertegenwoordiging van groepsleiders, de tweede uit een kleine steekproef van gebruikers. Samen vergemakkelijkten ze een eerste subjectieve evaluatie van het geobserveerde fenomeen, waarbij sterke en zwakke punten, kansen en obstakels werden geïdentificeerd.

De 'toegevoegde waarde' van dit onderzoek lag in het vergelijken van ervaringen in de vier landen, het benadrukken van verschillen en originele aspecten, aangevuld met reflecties van direct betrokkenen.

Vanuit methodologisch perspectief vertoonde het onderzoek voornamelijk de kenmerken (en beperkingen) van een verkennend onderzoek: De eerste fase maakte gebruik van een gestructureerde vragenlijst met 36 gesloten vragen en alternatieve antwoorden, die online werd ingevuld via Google Forms. De daaropvolgende kwalitatieve fase bestond uit interviews met kleine groepen begeleiders en gebruikers (focusgroepen), geleid door specifieke vragen om collectieve diepgaande discussies over de belangrijkste aspecten van MFG's ('focus') te faciliteren.

### 7.1.2. Onderzoek van de onderzoeksgegevens in de vier EU-landen

In de vier landen werden 92 multifamiliale groepen onderzocht, wat minder is dan verwacht. Deze situatie is opmerkelijk, zeker gezien het feit dat, met uitzondering van Portugal, de wijdverspreide invoering van MFG's het mogelijk had kunnen maken om een grotere steekproef van gevallen te onderzoeken. Deze ervaringen zijn nog niet goed ingeburgerd en stabiel, gezien hun relatief recente integratie in het systeem van geestelijke gezondheidszorg. Het is opmerkelijk dat zelfs op plaatsen met een informatiesysteem voor de geestelijke gezondheidszorg, zoals Italië, geen gegevens over deze therapeutische benadering worden verzameld, wat wijst op een gebrek aan erkenning als innovatief aspect.

### 7.1.3. Het profiel van multifamilie groepen (MFG's)

De Multifamilie Groepen (MFG's) die zijn onderzocht in de vier nationale gebieden zijn niet allemaal even lang actief. Hun gemiddelde 'anciënniteit' is in totaal 8,5 jaar, maar de meer accurate mediaanwaarde is iets meer dan 6 jaar. De meest gevestigde MFG's bevinden zich in Spanje, met een gemiddelde van 10,6 jaar activiteit, gevolgd door Italië en Portugal (8,6 jaar). Het verschijnen van MFG's in geestelijke gezondheidsdiensten in België is relatief recent, met een gemiddelde van 6,1 jaar. Italië heeft de langste ervaring, met MFG's die al 45 jaar actief zijn, terwijl in Spanje 9 groepen al minstens 15 jaar actief zijn, waarvan de oudste 38 jaar geleden werd opgericht. In België heeft de oudste groep een staat van dienst van 23 jaar. Het is duidelijk dat de MFG's die het langst actief zijn, het model van multifamiliale psychoanalyse van Garcia Badaracco hebben overgenomen, voornamelijk aanwezig in Spanje en Italië. Deze groepen zijn al 9 jaar actief, vooral in Spanje, waar de gemiddelde anciënniteit van MFG's met een psychoanalytisch stempel bijna 11 jaar is.

Wat betreft wie de vragenlijst invulde, namen vooral psychologen (53,3%) deze verantwoordelijkheid op zich, vooral in Italië en België (meer in Vlaanderen), terwijl in Spanje psychiaters een prominenter rol speelden. De prevalentie van psychologen boven andere rollen wijst zowel op hun verschillende numerieke aanwezigheid in de groepen als op hun ongelijke betrokkenheid bij het therapeutisch handelen van MFG's. Verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, hulpfiguren in de geestelijke gezondheidszorg, speelden een marginale rol bij het invullen van de vragenlijst (Tabel 2).

**Tabel 2. Beroepen van de respondenten in de vragenlijst**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Psycholoog</b>	49	53.3	18	11	18	2
<b>Psychiater</b>	37	40.2	15	15	5	2
<b>Verpleegkundige</b>	1	1.1	0	0	0	1
<b>Sociaal assistent</b>	2	2.2	0	2	0	0
<b>Andere</b>	3	3.2	2	0	1	0
<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

De structuren die de MFG initiëren zijn overwegend publiek (57,6%), met wisselende verdelingen in de verschillende landen. In Italië en Portugal is er een meer uitgesproken betrokkenheid van gezondheidsinstellingen, terwijl in Spanje initiatieven van private bestuursorganen (of de derde sector) licht overheersen, vergelijkbaar met de situatie in België (Tabel 3).

**Tabel 3. Type administratieve structuur**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Openbaar</b>	53	57.6	26	13	11	3
<b>Privé</b>	38	41.3	9*	15**	13***	1
<b>Publiek-private samenwerking</b>	1	1.1	0	0	0	1
<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

\*Private structuren van zowel de associatieve als de private profit wereld;

\*\*10 zijn van de private profit sector en 5 zijn derde sector entiteiten gelieerd aan de publieke;

\*\*\*Non-profit organisaties.

Het type dienst waar de meeste MFG's voorstander van zijn en gebruik van maken, is de territoriale dienst voor geestelijke gezondheidszorg (34,8%). Dit model overheerst in Italië en Spanje, waar het netwerk van dergelijke diensten uitgebreider is. In België speelt het traditionele psychiatrische ziekenhuis nog steeds een belangrijke rol, ook al heeft het de capaciteit om innovatieve benaderingen zoals MFG's te omarmen. Het opmerkelijke aspect van de Belgische ervaring ligt in de mogelijkheid om de doeltreffendheid van de groep te meten bij het overstijgen van deze meer traditionele structuren. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg echter volledig losgekoppeld van het beheer van de MFG's, wat wijst op een situatie die gekenmerkt wordt door gefragmenteerde verantwoordelijkheden voor diensten voor geestelijke gezondheidszorg tussen de federale en lokale overheden. De Portugese ervaring is enigszins vergelijkbaar, met de weinige geanalyseerde groepen die uitsluitend aanwezig zijn in psychiatrische intramurale voorzieningen van het Algemeen Ziekenhuis en residentiële voorzieningen (Therapeutische Gemeenschap, Tabel 4).

**Tabel 4. Type omgeving waar de sessies werden uitgevoerd**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Gezondheidscentrum</b>	32	34.8	19	13	0	0
<b>Psychiatrisch ziekenhuis</b>	23	25.0	0	1	22	0
<b>Algemeen</b>	7	7.6	2	1	1	3

<b>ziekenhuis/psychiatrische afdeling</b>						
<b>Gemeenschappelijke organisatie</b>	12	13.0	7	5	0	0
<b>Therapeutische gemeenschap</b>	6	6.5	2	2	0	2
<b>Dagziekenhuis</b>	5	5.4	0	5	0	0
<b>Andere</b>	7	7.6	5	1	1	0
<b>Totaal respondenten</b>	92	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

MFG's met een territoriale focus, van een type dat niet uitsluitend medisch is, vormen echter de meerderheid van de onderzochte gevallen (53,3%). Dit aandeel stijgt tot 74,3% bij de onderzochte gevallen in Italië, wat wijst op een toenemende nadruk op de 'relationele' conceptie en praktijk in de therapeutische benadering van geestelijke gezondheid. De systemisch-familiale benadering die door MFG's wordt geïntroduceerd, waar ze ook werkzaam zijn, betekent een verschuiving weg van de traditionele psychiatrische benadering waarbij drugs en bedden centraal staan. In plaats daarvan bevestigt het een nieuw operationeel paradigma in de geestelijke gezondheidszorg.

Samenvattend stellen we vast dat MFG's beschouwd worden als een onmisbare hulpbron voor therapeutische activiteiten in elk type van dienstverlening, zowel territoriaal, intramuraal, residentieel als overdag, elk met zijn unieke setting en doelstellingen. Met andere woorden, in elk type therapeutische organisatie heeft de MFG een duidelijke missie, vooral wanneer deze open is en geïnvesteerd wordt in de continuïteit ervan in de tijd.

Wat betreft het overheersende type zorg in voorzieningen met een multifamiliale groep, komt ambulante-territoriale zorg het meest voor (57,6%). Deze prevalentie is echter geconcentreerd in Italië en Spanje, waar bijna 8 op de 10 gevallen onder deze categorie vallen. In de twee regio's van België en in Portugal daarentegen, dienen MFG's voornamelijk intramurale patiënten op de psychiatrische afdelingen van het Algemeen Ziekenhuis of in het Daghospitaal (69% van de zorgtypes) (Tabel 5).

**Tabel 5. Type bijstand**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Poliklinisch</b>	53	57.6	22	20	10	1
<b>Dagziekenhuis</b>	25	27.2	2	8	13	2
<b>Intramurale afdeling</b>	21	22.8	1	1	18	1
<b>Woonzorg</b>	8	8.7	4	1	2	1
<b>Andere</b>	14	15.2	9	3	2	0
<b>Totaal antwoorden</b>	121	<b>131.5</b>	38	33	45	5
<b>Totaal respondenten</b>	92	263	35	28	24	5

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Van de interventiedoelen binnen de MFG ligt het hoofddoel op één lijn met het psychotherapeutische doel, namelijk bijna 9 van de 10 eenheden. Gemiddeld gaat deze psychotherapeutische doelstelling gepaard met een andere doelstelling, meestal het bieden van ondersteuning aan deelnemers of gericht op psycho-educatie. Ondersteuning' is nauw verbonden met psychotherapeutische of psycho-educatieve interventies en vergemakkelijkt deze doelstellingen door een omgeving van acceptatie, begrip voor ervaringen en het delen van lijden te creëren. De weinige groepen die geen prioriteit geven aan het psychotherapeutische doel zijn die welke gericht zijn op zelfhulp, counseling en/of eenvoudige ondersteuning, of een psycho-educatieve actie die waarschijnlijk in de periferie van een therapeutische interventie werkt. Belgische MFG's implementeren gemiddeld meer interventiedoelen (2,9), met enkele verschillen tussen Vlaanderen



en Wallonië (waar er meer nadruk ligt op zelfhulp en counseling), in tegenstelling tot Italiaanse MFG's (1,8) (Tabel 6).

**Tabel 6. Doelstellingen van MFG-interventie, gebaseerd op respondenten en antwoorden**

BESCHRIJVING	a.w.	Totaal		I	S	B	P
		(%) <sup>1</sup>	(%) <sup>2</sup>				
<b>Psychotherapeutisch</b>	79	39.9	85.9	27	28	20	4
<b>Ondersteuning</b>	42	21.2	45.6	12	14	16	0
<b>Psychoeducatief</b>	36	18.2	39.1	13	6	15	2
<b>Zelfhulp</b>	20	10.1	21.7	8	3	9	0
<b>Begeleiding</b>	15	7.6	16.3	2	6	7	0
<b>Andere</b>	6	3.0	6.5	1	2	2	1
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>63</b>	<b>59</b>	<b>69</b>	<b>7</b>
<b>Totaal antwoorden</b>	<b>198</b>	<b>-</b>	<b>215,1</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde;  
 %<sup>1</sup> = relatieve waarde gezien het totaal aantal respondenten;  
 %<sup>2</sup> = relatieve waarde gezien het totaal aantal antwoorden.

De verdeling van MFG's relatief aan hun theoretisch referentiekader onthult een overheersende voorkeur voor een van de vier hoofdtheorieën: psychoanalytisch, psycho-educatief, psychodynamisch en systemisch. Deze benaderingen sluiten elkaar echter niet strikt uit en vertonen vaak raakvlakken, hybridisaties en een gedeelde technisch-operationele procedure. In de steekproef van de vier Europese landen is de meest voorkomende theoretische benadering de multifamiliale psychoanalyse (52%), geïntroduceerd door Garcia Badaracco. Deze benadering is bijna exclusief voor groepservaringen in Italië en Spanje, met 92% van het totaal. Daarna volgen in volgorde van frequentie de systemische gezinstheorie en de psycho-educatieve benadering, beide met name aanwezig in de Belgische ervaring. Tot slot wordt in slechts 15% van de groepen, beperkt tot Italië en België, de psychodynamische benadering toegepast.

Het is essentieel om de 'andere' antwoorden op te merken, die wijzen op lokale ervaringen (zoals therapiegroepen) of een mix van verschillende theorieën en technieken. Een illustratief voorbeeld is dat van Javier Sempere in Spanje, die de Multifamily Psychoanalysis Group oprichtte en zijn eigen model van familietherapie ontwikkelde, waarin hij de gehechtheidstheorie (Bowlby) en de open dialoog benadering (Seikkula) incorporeerde. Andere voorbeelden van experimenten zijn te vinden in België (Maudsley's model gebaseerd op cognitieve principes en McFarlane's psycho-educatieve model) en in Italië met de Multifamilie groep voor Integratieve Psychoanalyse (Mandelbaum). Dit diverse panorama weerspiegelt de levendigheid in het vormgeven van therapeutische technieken die worden toegepast op gezinnen (Tabel 7).

**Tabel 7. Theoretische achtergrond van MFG's**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Multifamiliale psychoanalyse</b>	48	52.2	21	23	2	2
<b>Psycho-educatie</b>	18	19.6	7	0	9	2
<b>Systeemtheorie</b>	24	26.1	4	4	16	0
<b>Dynamische theorie</b>	14	15.2	4	6	4	0
<b>Andere theoretische achtergrond</b>	17	18.5	3	8	5	1
<b>Totaal antwoorden</b>	<b>121</b>	<b>131.5</b>	<b>37</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>5</b>
<b>Meer dan één achtergrond</b>	27	29.4	2	13	12	0

<b>Totaal respondentent</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>
-----------------------------	-----------	------------	-----------	-----------	-----------	----------

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

In totaal zijn er 261 teamleden in de 92 MFG's, gemiddeld 2,8 beoefenaars per eenheid, zonder significant verschil tussen de vier landen.

Als we kijken naar hun opleidingskwalificaties, benadrukken de gegevens een overheersende aanwezigheid van afgestudeerden in de psychologie, gevonden in 9 van de 10 MFG's, met een consistente vertegenwoordiging in alle vier de landen. Personen met een diploma psychiatrie zijn ook goed vertegenwoordigd in de meerderheid van de groepen, iets minder dan psychologen, behalve in Spanje waar ze in 8 van de 10 gevallen aanwezig zijn. Verpleegkundigen komen naar voren als de op twee na meest voorkomende beroepsgroep, vooral in België, waar groepen actiever zijn in psychiatrische ziekenhuizen<sup>12</sup> contexten. Maatschappelijk werkers volgen en opvoeders zijn minder vaak aanwezig. De laatste twee komen relatief vaker voor in Italiaanse MFG's, vaak als aanvulling op de expertise van psychologen of psychiaters, soms aangevuld met revalidatietherapeuten. Vergelijkbare cijfers, inclusief 17 'andere' zorgverleners, worden ook waargenomen in België (Tabel 8).

**Tabel 8. Opleidingskwalificaties van MFG-leden**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Psychologen</b>	82	89.1	33	24	22	3
<b>Psychiaters</b>	52	56.5	17	22	10	3
<b>Verpleegkundigen</b>	41	44.6	13	10	15	3
<b>Maatschappelijk werker</b>	29	31.5	12	8	7	2
<b>Educatief</b>	12	13.0	6	1	4	1
<b>Ergotherapeuten</b>	10	10.9	2	7	0	1
<b>Andere</b>	35	38.0	13*	4	17**	1
<b>Totaal antwoorden</b>	261	283.7	83	76	58	14
<b>Gemiddelde waarde</b>	2.8	-	2.7	2.7	2.8	2.8
<b>Totaal respondentent</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

\*Revalidatietherapeuten

\*\* Overige therapeuten (11), Ervaringsdeskundige (2), Overig (4).

Een pertinent onderzoek betreft de psychotherapeutische opleidingsachtergrond van teamleden, als aanvulling op zowel de universitaire opleiding, waar speciale nadruk wordt gelegd op het individu, als op de specialistische opleiding, die hoogstens behandeling van het kerngezin omvat. Werken met een grote groep kan ertoe leiden dat een zorgverlener "gewoonlijk het gevoel van verlies van therapeutische controle ervaart, met als gevolg het ontstaan van angst en vermijdingsgedrag."<sup>13</sup> . Daarom wordt het essentieel geacht dat de training van degenen die betrokken zijn bij MFG's, in het bijzonder degenen die ze leiden, individuele, groeps- en systemisch-familiale psychotherapie omvat, samen met vertrouwde met psychodrama en gestaltgroepen, ongeacht de theoretische oriëntatie van de groep.

Wat betreft de trainingstechnieken en vaardigheden die aan de groepen in het onderzoek werden aangeleerd, werden zes hoofdgebieden geïdentificeerd: cognitieve gedragstherapie, systemische gezinstherapie, psychoanalyse, groepsanalyse, andere groepstherapieën en psychodynamische

<sup>12</sup> In België kan een onderscheid worden gemaakt tussen Vlaanderen, waar meer psychologen en maatschappelijk werkers werken, en Wallonië, waar meer psychiaters en verpleegkundigen werken; deze situaties lijken twee modellen van therapeutische aanpak in de geestelijke gezondheidszorg te kenmerken.

<sup>13</sup> Zie Canevaro A. en Bonifazi S. (2011), Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale, Roma, Armando Editore.

therapie. Er is een duidelijke nadruk op training in 'systemische gezinstherapie' (genoemd door 57,5% van de zorgverleners) en, in tweede instantie, op 'psychodynamische therapie' (46,7%). Vier van de tien MFG-begeleiders erkennen het belang van training in psychoanalyse, wat aansluit bij de theoretische benadering van een aanzienlijk aantal groepen. Gemiddeld worden 2,5 specifieke opleidingsonderwerpen vermeld, waarbij Spanje een hoger gemiddelde van 3,1 rapporteert, waar ook bijkomende opleidingsgebieden worden erkend. België daarentegen noteert een lager gemiddelde van 1,8, met een specifieke focus op diepgaande studies in de systemische en cognitief-gedragsmatige domeinen (Tabel 9).

**Tabel 9. Type psychotherapeutische achtergrond van teamleden van MFG's**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Systemische therapie</b>	53	57.5	20	12	19	2
<b>Psychodynamische therapie</b>	43	46.7	18	16	5	4
<b>Psychoanalyse</b>	36	39.1	16	16	2	2
<b>Groepsanalyse</b>	29	31.5	8	20	0	1
<b>Cognitieve gedragstherapie</b>	27	29.3	12	4	10	1
<b>Andere groepstherapieën</b>	22	23.9	7	12	3	0
<b>Andere</b>	22	23.9	7	8	5	2
<b>Totaal antwoorden</b>	232	252.2	88	88	44	12
<b>Gemiddelde waarde</b>	2.5	-	2.5	3.1	1.8	2.4
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Een ander kenmerkend aspect van het operationele profiel van de groep is de leiding - de aanname van therapeutische coördinatie met de verantwoordelijkheid voor het in stand houden van de functionaliteit van de MFG. Auteurs die MFG's bestuderen, bevestigen dat een groep minstens één paar therapeuten moet hebben, waarvan de ene de groep leidt en de andere (of anderen) optreedt (optreden) als co-therapeut(en), een complementaire rol speelt (spelen) en betrokken is (zijn) bij de observatie van de groepsdynamiek. Vooral in grotere groepen is het raadzaam om meer dan één begeleider en meerdere co-therapeuten te hebben. De rollen van begeleiders en therapeuten zijn van strategisch belang, vooral tijdens de eerste bijeenkomsten en overgangsfasen binnen de groep, met als doel de interactie tussen alle leden aan te moedigen, een stimulerende sfeer te creëren en de emotionele en psychologische uitingen van familiale angsten in te dammen. Ze grijpen ook consequent in met een samenhangende aanpak om verhalen en gebeurtenissen met elkaar te verbinden en zo betekenis en perspectief toe te kennen aan de ervaringen van de deelnemers. In de meerderheid van de 92 onderzochte groepen (54,3%) is er een gestructureerde uitvoering met gezamenlijke coördinatie op een meer therapeutisch niveau, die kan worden uitgevoerd door verschillende professionele rollen (in 42 MFG's). Er zijn enkele variaties merkbaar tussen de vier landen: de prevalentie van begeleiders is het hoogst bij Italiaanse MFG's (63 op 100) en de weinige Portugese MFG's, neemt af in Spanje (57 op 100), en is aanzienlijk lager in België (37,5%), waar MFG's geleid worden door het duo psycholoog-verpleegkundige (in Vlaanderen) of het duo psychiater-verpleegkundige (in Wallonië, Tabel 10).

**Tabel 10. Samenstelling van het MFG-team**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>1 begeleider en co-therapeuten</b>	42	45.6	21	10	8	3
<b>Alleen co-therapeuten (geen begeleider)</b>	42	45.6	13	12	15	2
<b>2 of 3 begeleiders of meer co-therapeuten</b>	8	8.7	1	6	1	0

<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>
---------------	-----------	------------	-----------	-----------	-----------	----------

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Beoefenaars en teams die betrokken zijn bij alle psychotherapeutische activiteiten moeten het gedrag en de voortgang van de groep bewaken door middel van een specifieke controlemethodologie. In eerste instantie wordt supervisie ingezet, die in het geval van de MFG op verschillende momenten en op verschillende manieren kan plaatsvinden: met voortdurende monitoring door hetzelfde team na elke sessie; door periodieke bijeenkomsten van het team, inclusief discussies over de behandeling van individuele gevallen; en door een externe evaluatie van de voortgang van de groep. Externe supervisie kan de interne supervisie aanvullen.

In totaal maakt iets minder dan de helft van de groepen (49%) gebruik van interne en/of externe supervisie. Italianen zijn hier het meest toe geneigd (57,1%), gevolgd door Spanjaarden en Belgen (50%), terwijl één op de vijf groepen in Portugal aan dergelijke supervisie doet. In sommige gevallen, zoals aangegeven in de nationale rapporten, lijkt er "supervisie door gelijken" plaats te vinden, waarbij therapeuten die de groep leiden of eraan deelnemen met elkaar worden vergeleken.

Intervisie wordt daarentegen bijna overal toegepast, met verwaarloosbare variaties. Deze aanpak vergemakkelijkt het monitoren van individuele gebruikers die ook deelnemen aan de groep; casussen worden gezamenlijk besproken en ideeën en suggesties worden uitgewisseld. In essentie werkt het als een 'al doende leren'-methode, die het mogelijk maakt om effectieve benaderingen vast te stellen voor het werken aan individuele gevallen en die informatie verschaft over praktijken voor het omgaan met vergelijkbare situaties (tabel 11).

**Tabel 11. Toezicht en intervisie op MFG**

SUPERVISIE	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Intern</b>	23	25.0	12	9	2	0
<b>Extern</b>	12	13.0	3	4	5	0
<b>Intern en extern</b>	9	9.8	5	3	0	1
<b>Geen toezicht</b>	47	51.1	15	12	16	4
<b>Ontbrekend antwoord</b>	1	1.1	0	0	1	0
<b>Totaal antwoorden</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>
INTERVISIE						
<b>Ja</b>	88	95.7	33	27	24	4
<b>Neen</b>	4	4.3	2	1	0	1
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

#### 7.1.4. Kenmerken van personen die deelnemen aan MFG's

Een reeks vragen had betrekking op het profiel van de deelnemers en omvatte hun herkomst, leeftijdsgroep, generatiegegevens, relaties en diagnose. In 70% van de gevallen zijn de deelnemers aan de groepen afkomstig uit twee generaties, een voorwaarde van de onderzoeksdefinitie, terwijl er in de overige 30% sprake is van drie generaties (zie tabel 12).

**Tabel 12. Aantal generaties betrokken bij MFG's**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>2 generaties</b>	64	69.6	25	19	16	4
<b>meer dan 2 generaties</b>	28	30.4	10	9	8	1
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Elk deelnemend gezin bestaat daarom uit twee of meer leden die ten minste twee generaties vertegenwoordigen en omvat meestal ook andere familieleden zoals broers, zussen, tantes, ooms of grootouders van de zorgvragers of zorgverleners.

Wat betreft de herkomst van gebruikers die deelnemen aan MFG's, wordt opgemerkt dat het in 7 van de 10 gevallen uitsluitend gaat om personen die verantwoordelijk zijn voor dezelfde instelling of dienst die de MFG heeft opgericht. Omgekeerd zijn slechts in 1 op de 10 gevallen personen gestuurd door andere diensten, instanties of organisaties, of afkomstig van externe bronnen. De resterende 20% van de groepen vertoont een hybride samenstelling, met gebruikers van zowel de dienst die de MFG beheert als gebruikers afkomstig van externe bronnen. Hieruit kan worden afgeleid dat deze groepen relatief goed worden erkend en gewaardeerd binnen hun context, en voornamelijk voldoen aan de therapeutische dekkingsbehoeften van de diensten die hen oprichten, waardoor de continuïteit van zorg voor hun gebruikers wordt bevorderd (zie Tabel 13).

**Tabel 13. Bron van doorverwijzing van de patiënten**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Interne referenties</b>	64	69.6	22	22	15	5
<b>Externe referenties</b>	9	9.8	7	1	1	0
<b>Zowel intern als extern</b>	19	20.6	6	5	8	0
<b>Totaal respondenten</b>	92	0	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

De geanalyseerde groepen vertonen overwegend homogeniteit wat betreft de leeftijdsgroep van de personen die onder hun hoede vallen. Drieënzestig procent van deze groepen zijn specifiek afgestemd op een bepaalde leeftijdscategorie, met in de meeste gevallen een primaire focus op de 'volwassen' demografie (53,4%). Opmerkelijk is dat deze bevolkingsgroep een derde van de MFG's uitmaakt, met een hogere prevalentie in Italië (40%) in vergelijking met België (25%). Er is een aanzienlijk percentage groepen gewijd aan de leeftijdsgroepen van kinderen-adolescenten tot vroege jongeren (20,7% in de vier landen, waaronder 25% in België), terwijl de vertegenwoordiging van ouderen minimaal is en de weinigen van deze leeftijdsgroep zijn ondergebracht in groepen voor volwassenen (zie Tabel 14).

**Tabel 14. Leeftijdsspectrum van patiënten die deelnemen aan de MFG-sessies**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Tot 12 jaar</b>	3	3.3	2	1	0	0
<b>13-18 jaar (adolescenten)</b>	16	17.4	5	5	6*	0
<b>Volwassenen</b>	31	33.7	14	9	6	2
<b>Oude volwassenen (ouder dan 65 jaar)</b>	3	3.3	1	2	0	0
<b>Overige (bijv. jonger dan 25 of 15-25)</b>	5	5.4	1	1	3	0
<b>Totaal aantal reacties</b>	58	63.0	23	18	15	2
<b>Verschillende leeftijdsgroepen</b>	34	37.0	12	10	9	3
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

\*Er zijn 2 groepen van 0-18 jaar.

Het is intrigerend om de deelnemers aan de groepen te onderzoeken op hun familierol of hun nabijheid tot de familie van de patiënt. De aanwezigheid van de ouders van de patiënt is merkbaar in vrijwel alle groepen en overheerst in de overgrote meerderheid (93,5%). Daarnaast is de betrokkenheid van andere familieleden, zoals broers en zussen of samenwonende grootouders, en uitgebreide familieleden opmerkelijk, goed voor 49 van de 100 gevallen. Opmerkelijk is dat meer dan een derde van de deelnemers bestaat uit personen die geen familie zijn.

Het is significant dat in 65,2% van de groepen zowel naaste familieleden die samenwonen met de persoon met een mentale stoornis als niet-samenwonende familieleden en personen buiten het gezin tegelijkertijd aanwezig zijn. Gemiddeld vertegenwoordigt elke MFG 3,4 verschillende componenten uit de voornoemde categorieën, oplopend tot 4,4 in de vijf onderzochte groepen in Portugal (Tabel 15).

**Tabel 15. Type familierelaties in MFG's**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Ouders	91	98.9	34	28	24	5
Kinderen	86	93.5	32	26	24	4
Andere leden die met de patiënt samenwonen	64	69.6	23	16	20	5
Andere leden van de uitgebreide familie	45	48.9	11	18	12	4
Mensen die niet tot de familie behoren	32	34.8	7	10	11	4
Totaal antwoorden	318	345.6	107	98	91	22
Leden van zowel binnen als buiten de familie	60	65.2	33	10	12	5
Gemiddelde waarde	3.4	-	3.1	3.5	3.8	4.4
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Als we kijken naar de diagnoses van de deelnemers, zien we een prevalentie van groepen met een divers type psychiatrische stoornissen (73), in tegenstelling tot 19 MFG's die uitsluitend zijn afgestemd op één stoornis. Groepen met een breder spectrum aan diagnoses zijn prominent aanwezig in alle landen, met minimaal 9 van de 10 groepen die dit kenmerk vertonen, behalve in België, met name in Vlaanderen. In deze regio van België is er een overheersing van MFG's die zich richten op een homogeen cliënteel, specifiek gericht op diagnoses gerelateerd aan drugsverslaving en eetstoornissen, die vaak een jongere populatie betreffen, in het bijzonder adolescenten (10 groepen in Vlaanderen). Wallonië daarentegen onderscheidt zich door meer heterogene groepen met betrekking tot diagnoses.

De meest voorkomende diagnoses die MFG-gebruikers in het algemeen kenmerken, zijn de ernstigere<sup>14</sup>, waaronder psychose, ernstige affectieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, allemaal met vergelijkbare frequenties<sup>15</sup>. Op de voet gevolgd in de rangschikking van kwantitatieve waarden zijn angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen en posttraumatische stressstoornis, die een middenpositie innemen (zie Tabel 16).

**Tabel 16. Samenstelling van deelnemers aan de multifamilie groep: Heterogeniteit (Ht) en Homogeniteit (Hm) in diagnoses**

BESCHRIJVING	Totaal		I		S		B		P	
	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm

<sup>14</sup> Wallonië heeft met 4,7 de hoogste coëfficiënt onder de categorieën van groepsdeelnemers. Bovendien toont het een verhoogde aanwezigheid van zowel interne als externe familieleden.

<sup>15</sup> Volgens MacFarlane W.R. (2002) in 'Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders', The Guilford, New York-Londen, wordt MFG beschouwd als de meest effectieve psychotherapeutische interventie op lange termijn voor schizofrenie. MacFarlane stelt dat het herstel van familiebanden een uitdagende maar essentiële taak is, vooral bij chronische psychotici.

Niet psychiatrisch	21	2	11	2	7	0	3	0	0	0
Psychotisch	54	13	26	9	19	1	4	3	5	0
Affectieve stoornissen	57	11	23	9	22	0	7	2	5	0
Angststoornissen	46	3	15	3	19	0	7	0	5	0
Trauma en stressgerelateerde aandoeningen	33	4	11	4	13	0	7	0	2	0
Persoonlijkheidsstoornissen	55	6	22	6	21	0	7	0	5	0
Obsessieve-compulsieve stoornis	38	3	11	3	18	0	6	0	3	0
Aandoeningen door gebruik van psychoactieve middelen	28	9	12	5	10	0	3	4	3	0
Eetstoornissen	28	9	8	3	15	0	4	6	1	0
Psychosomatisch Stoornis	28	2	6	2	16	0	4	0	2	0
Andere	10	0	1	0	7	1	2	0	0	0
Totaal antwoorden	398	62	146	46	167	2	54	15	31	0
Eén type psychiatrische stoornis	<b>73</b>		<b>33</b>		<b>26</b>		<b>9</b>		<b>5</b>	
Meer dan één type psychiatrische stoornis		<b>19</b>		<b>2</b>		<b>2</b>		<b>15</b>		<b>0</b>
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>		<b>35</b>		<b>28</b>		<b>24</b>		<b>5</b>	

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023.

#### 7.1.5. Kenmerken van de multifamilie groep

Een primair kenmerk van de MFG is de open-gesloten dynamiek met betrekking tot de mogelijkheid van toegang en/of vertrek op elk moment tijdens het bestaan van de groep. De MFG kan open zijn, zodat gebruikers en families vrij kunnen binnenkomen tijdens de hele duur van de groep. In dit scenario wordt het ook als permanent beschouwd, wat de evolutie van de gebruikers en het team in de loop van de tijd en doorheen de verschillende sessies vergemakkelijkt, terwijl het een stabiel onderdeel blijft van een therapeutische organisatie. Een andere mogelijkheid is dat een groep een gesloten status aanneemt, waarbij de toegang wordt beperkt tot degenen die aan het begin van de ervaring zijn overeengekomen. In dit geval is de groep meestal tijdelijk en eindigt hij aan het einde van een bepaalde fase. Voorbeelden zijn MFG's met het vooraf vastgestelde doel om te veranderen in een zelfhulpgroep of groepen die binnen een kort tijdsbestek (15-20 sessies) werken met een homogene groep wat betreft diagnose, zoals een anorexia- of borderlinegroep.

Sommige groepen vertonen uiteenlopende kenmerken, zoals bleek uit dit onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende modellen en oriëntaties die verband houden met specifieke therapeutische scholen, operationele contexten of de uiteenlopende kenmerken van de deelnemers binnen dit therapeutische kader. Deze groepen kunnen in de marge of buiten het systeem van de geestelijke gezondheidszorg opereren (bijv. het aanpakken van drugsverslaving of pathologisch gokken onder de juiste diensten), terwijl ze toch bijdragen aan het streven naar geestelijke gezondheid als een integraal onderdeel van de algehele gezondheid en welzijn, zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

In de meeste onderzochte gevallen hanteert de MFG een 'open' model, een patroon dat meer voorkomt in de Italiaanse (80%) en Portugese (4 van de 5) ervaringen in vergelijking met de Spaanse (50%) en met name de Belgische (29%) ervaring, voornamelijk waargenomen in Vlaanderen. Spanje onderscheidt zich door de prevalentie van veel 'traag-open' entiteiten (62%) (Tabel 17).

**Tabel 17. Configuraties van MFG's met betrekking tot open of gesloten model**

BESCHRIJVING	Totaal	I	S	B	P
a.w.	(%)				

<b>Open</b>	53	57.6	28	14	7	4
<b>Gesloten</b>	18	19.6	5	1	12	0
<b>Halfopen</b>	21	22.8	2	13	5	1
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Daarentegen heeft niet meer dan een derde van alle MFG's fasen waarin wijzigingen in deelname, operationele methoden of andere aspecten plaatsvinden. In de helft van deze gevallen (15) wordt voor elke fase een vooraf bepaald aantal sessies aangegeven. Met name in de meeste van deze gevallen (67%) namen gebruikers actief deel aan elke fase (Tabel 18, Tabel 18.1, en Tabel 18.2).

**Tabel 18. Heeft de groep fasen?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Ja</b>	30	32.6	8	7	15	0
<b>Neen</b>	50	54.3	19	17	9	5
<b>Ontbrekend antwoord</b>	12	13.0	8	4	0	0
<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

**Tabel 18. 1. (Indien ja) Is er een vast aantal sessies?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Ja</b>	15	50.0	3	0	12	0
<b>Neen</b>	15	50.0	5	7	3	0
<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>0</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

**Tabel 18. 2. (Indien ja) Zijn de patiënten in elk stadium aanwezig?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Ja</b>	20	66.7	8	0	12	0
<b>Geen</b>	10	33.3	0	7	3	0
<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>0</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Wat betreft de huidige werkwijze van de groep na de COVID-noodtoestand, is er een opmerkelijke voorkeur voor persoonlijke ontmoetingen (74%), wat wijst op een lichte afwijking ten opzichte van de pre-COVID-periode (76%), zonder significante verschillen tussen de verschillende landen. Ongetwijfeld heeft het experimenteren met nieuwe, door digitale technologie gefaciliteerde, vergadermethoden een aantal veranderingen teweeggebracht ten opzichte van het tijdperk vóór de pandemie. Op dit moment maken 19 MFG's gebruik van online tools of wisselen ze online en face-to-face ontmoetingen af. De online modus is waardevol in geval van een pandemie. Hoewel de online modus waardevol is in noodsituaties, is het misschien niet de optimale keuze voor dit soort bijeenkomsten, waar de non-verbale uitdrukkingen en emotionele reacties van individuen waarschijnlijk in het gedrang komen (zie Tabel 19).



**Tabel 19. Modaliteit van MFG-bijeenkomsten voor en na Covid**

BESCHRIJVING	Totaal		I		S		B		P	
	Voor Covid	Na Covid	Voor Covid	Na Covid	Voor Covid	Na Covid	Voor Covid	Na Covid	Voor Covid	Na Covid
Face-to-face	70	68	26	25	24	20	17	23	3*	0
Online	5	9	4	4	0	5	1	0	0	0
Gemengd	1	10	1	6	0	3	0	1	0	0
Ontbrekend antwoord	16	5	4	0	4	0	6	0	2	5
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>		<b>35</b>		<b>28</b>		<b>24*</b>		<b>5</b>	

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023

Uitgaande van de groepsgrootte in termen van het aantal deelnemers, zijn MFG's met minder dan 10 personen zeldzaam, en die met meer dan 30 gebruikers nog zeldzamer (minder dan 20%). De overheersende gemiddelde grootte, tussen 10 en 30 deelnemers, is duidelijk in alle groepen in elk land (65%). Deze omvang zorgt voor een evenwicht: klein genoeg om een positieve sfeer van spontaniteit en vertrouwelijkheid onder de aanwezigen te bevorderen, maar groot genoeg om de mogelijke, zelfs kortstondige, afwezigheid van sommige deelnemers op te vangen. De grootste groepen zijn te vinden in de Spaanse ervaring, die ook kan bogen op een langere geschiedenis. De Italiaanse situatie neemt een middenpositie in, terwijl België (met een aanzienlijke bijdrage van Waalse groepen) een midden-lage positie inneemt. De 5 Portugese MFG's bevinden zich op een middelhoog niveau (Tabel 20).

**Tabel 20. Aantal deelnemers per MFG**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Minder dan 10	17	18.5	8	0	8	1
10 tot 30	60	65.2	25	18	15	2
Meer dan 30	15	16.3	2	10	1	2
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

De frequentie en duur van de bijeenkomsten is een ander aspect dat sterk varieert tussen de verschillende groepen. Een korte periodiciteit overheerst, met wekelijkse of hoogstens tweewekelijkse vergaderingen, in 7 van de 10 groepen. Twee van de tien MFG's vergaderen relatief vaker, met name maandelijks. In dit opzicht zijn er duidelijke verschillen tussen landen: Italië telt groepen die het vaakst samenkomen, wekelijks (54%) of tweewekelijks (34%), gevolgd door Spanje. België (vooral Wallonië) en Portugal daarentegen komen minder vaak samen (zie Tabel 21).

**Tabel 21. Frequentie van de sessies en gemiddelde duur (in minuten)**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Wekelijks	30	32.6	19	9	2	0
Tweewekelijks	34	37.0	12	11	9	2
Driewekelijks	3	3.3	0	1	2	0
Maandelijks	19	20.6	3	7	6	3
Andere	5	5.4	0	0	5	0
Ontbrekend antwoord	1	1.1	1	0	0	0
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

<b>Duur sessie (gemiddelde in minuten)</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>98</b>	<b>91</b>	<b>106*</b>	<b>90</b>
--	------------	----------	-----------	-----------	-------------	-----------

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

\*Exclusief 5 groepen die bijeenkomsten van één dag organiseren.

Verschillende vergaderfrequenties kunnen worden toegeschreven aan de theoretisch-operationele referentiemodellen. Degenen die een systemisch-relatoneel perspectief hanteren komen over het algemeen maandelijks bij elkaar, terwijl degenen die een psycho-educatieve benadering hanteren kiezen voor tweewekelijkse bijeenkomsten en de multifamiliale psychoanalysegroepen wekelijks bijeenkomen.

Even intrigerend zijn de bevindingen over de duur van MFG-vergaderingen. Bestaande literatuur suggereert dat vergaderingen doorgaans anderhalf tot twee uur duren, wat overeenkomt met de gemiddelde duur die in dit onderzoek werd opgetekend - ongeveer 100 minuten met kleine variaties tussen de vier landen. De MFG's van Portugal hebben de kortste duur, terwijl de Belgische groepen de langste vergaderingen hebben.

Wat betreft vergadertijdstippen plant een significante meerderheid (68,5%) vergaderingen tijdens de werkdag, waarbij Spanje op dit punt aan kop gaat (82%). Dit staat in contrast met het houden van vergaderingen op verschillende tijdstippen na werktijd, wat een breder scala aan deelnemers zou kunnen aantrekken. België, en dan vooral Wallonië, sluit nauw aan bij deze aanpak (zie Tabel 22).

**Tabel 22. Vergadertijden van de MFG's**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Werkdag	63	68.5	25	23	11	4
Uren na werktijd	28	30.4	10	5	12	1
Ontbrekend antwoord	1	1.1	0	0	1	0
<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Een essentieel aspect voor MFG's is een ontmoetingsruimte die ruim en comfortabel is en die aangepast kan worden aan de dynamiek die ontstaat in de 'emotionele' ruimte van collectieve sessies. Vragen aan MFG-vertegenwoordigers gaan over de kenmerken van hun ontmoetingsruimte: Is de ruimte voldoende groot en uitgerust om het comfort en de deelname van iedereen te garanderen? Kan het vertrouwelijkheid garanderen? De antwoorden wijzen over het algemeen op een gunstige situatie: de vergaderruimte is multifunctioneel voor 6 van de 10 MFG's - een omgeving die typisch vrij is van gezondheidsgerelateerde problemen, voldoende groot en comfortabel, met voldoende zitplaatsen en bevorderlijk voor het bieden van voorwaarden voor privacy en vertrouwelijkheid. België, en dan vooral Vlaanderen, springt er in dit opzicht uit, met in veel gevallen een speciale psychotherapeutische ruimte voor deze bijeenkomsten (zie Tabel 23).

**Tabel 23. Kenmerken van de vergaderruimte: plaats, geschiktheid, capaciteit en privacy.**

BESCHRIJVING RUIMTE	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Groepsruimte/psychotherapeutische ruimte	19	20.7	1	4	12	2
Medisch kabinet	2	2.2	0	0	0	2
Activiteitenruimte	12	13.0	9	2	0	1
Multifunctionele ruimte	54	58.7	23	21	10	0
Andere	5	5.4	2	1	2	0
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>
<b>GESCHIKTHEID</b>						

<b>Ja</b>	88	95.6	33	26	24	5
<b>Neen</b>	4	4.4	2	2	0	0
<b>CAPACITEIT</b>						
<b>Ja</b>	91	98.9	35	27	24	5
<b>Neen</b>	1	1.1	0	1	0	0
<b>VOLDOENDE PRIVACY</b>						
<b>Ja</b>	89	96.7	33	27	24	5
<b>Neen</b>	3	3.3	2	1	0	0

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Net zo belangrijk is een stoelopstelling die de communicatie tussen alle deelnemers vergemakkelijkt. Ongeacht de groepsgrootte wordt er nauw samengewerkt met één of twee gezinnen tegelijk, waarbij gebruik wordt gemaakt van de collectieve 'emotionele kracht' van de deelnemers die, zelfs als ze niet actief deelnemen, emoties non-verbaal overbrengen. Bovendien kunnen ze zich de situaties en ervaringen van anderen eigen maken, wat een reflectief proces bevordert. In 78% van de gevallen staan de stoelen in een cirkel, soms in twee of meer concentrische cirkels (15%). Minder vaak zitten individuen rond een tafel en rijen stoelen worden zelden gebruikt (Tabel 24).

**Tabel 24. Hoe worden de stoelen geplaatst?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Eén cirkel</b>	72	78.3	28	23	17	4
<b>Twee of meer cirkels</b>	14	15.2	7	5	2	0
<b>Rond een tafel</b>	11	12.0	4	1	5	1
<b>Andere</b>	3	3.3	2	1	0	0
<b>Totaal antwoorden</b>	100	108.7	41	30	24	5
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

De MFG's hebben een gemiddelde leeftijd van iets meer dan 8 jaar, maar de mediaan in de verdeling van anciënniteit suggereert een geschiedenis van niet meer dan 6 jaar. Deze ervaring bevindt zich dus nog in het consolidatieproces. Aan de andere kant geeft 65% van deze groepen aan ooit een onderbreking te hebben meegemaakt (zie Tabel 25).

**Tabel 25. Was er een onderbreking sinds het begin?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
<b>Ja</b>	60	65.2	23	18	14	5
<b>Neen</b>	32	34.8	12	10	10	0
<b>Totaal respondenten</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

Hoewel de belangrijkste reden voor deze gedwongen onderbrekingen wordt toegeschreven aan de nood situatie van COVID-19 (80%), wijst een derde van de antwoorden op andere oorzaken, waarbij beperkte personele middelen de belangrijkste zijn. In 63% van de gevallen hebben deze onderbrekingen ook gevolgen gehad voor de context of de kenmerken van de groepen. Van de 34 vertegenwoordigers die de veranderingen als gevolg van onderbrekingen verklaren, noemen er 16 het COVID-19 effect. Dit effect resulteerde in veranderingen in interactiemethoden, waarbij werd overgeschakeld van face-to-face naar interacties op afstand, wat ook een impact had op de verminderde deelname. In sommige gevallen werden twee of meer groepen samengevoegd en in één geval ging de groep over op een permanent online formaat. Andere minder belangrijke redenen voor onderbrekingen waren een vermindering van het aantal deelnemers, wat leidde tot hun vertrek uit de groep (7 antwoorden), wat wijst op een precare stabiliteit. Veranderingen in vergaderzalen

voor ruimere en comfortabelere zalen, rotaties van begeleiders, overgangen van gesloten naar halfopen groepen, of de evolutie van een oude groep die effectief zijn activiteiten stopzet om plaats te maken voor een verjongde jeugdgroep zijn bijkomende factoren die bijdragen tot onderbrekingen (zie Tabel 25.1, Tabel 25.2).

**Tabel 25. 1. Indien ja, wat waren de redenen?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Beperkingen m.b.t. fysieke ruimte	0	0	0	0	0	0
Beperkingen m.b.t. personeel	12	20.0	7	0	4	1
Pandemie	48	80.0	17	16	11	4
Andere	7	11.7	4	2	1	0
<b>Totaal antwoorden</b>	<b>67</b>	<b>111.7</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
<b>Totaal respondenten</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde

**Tabel 25. 2. Hebben deze onderbrekingen de context/kenmerken van de groep veranderd?**

BESCHRIJVING	Totaal		I	S	B	P
	a.w.	(%)				
Ja	38	63.3	12	15	8	3
Geen	22	36.7	11	3	6	2
<b>Totaal respondenten</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>5</b>

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023. a.w. = absolute waarde; % = relatieve waarde.

#### 7.1.6. Vergelijkende lezing tussen de MFG's van verschillende landen

Een laatste uitgebreide tabel schetst het MFG-profiel voor elk van de vier landen en vat de heersende antwoorden samen om ze te kunnen vergelijken (tabel 26).

**Tabel 26. Vergelijking tussen de MFG's van verschillende landen**

BESCHRIJVING	ITALIË	SPANJE	BELGIË	PORTUGAL
Aantal jaren activiteit (gemiddeld)	8.6	10.6	6.1	8.6
Structuur (administratief)	Publiek	Privé	Privé	3 Publiek (2 Privé)
Type structuur	Gezondheidscentrum	Gezondheidscentrum	Psychiatrisch ziekenhuis	3 Algemeen ziekenhuis - Psychiatrische dienst
Type bijstand	Ambulant	Ambulant	Intramurale afdeling Dagverpleging	Intramurale afdeling Dagverpleging
Doelstellingen van MFG	Psychotherapeutisch	Psychotherapeutisch	Ondersteuning Psycho-educatie	Psychotherapeutisch
Onderwijskwalificaties	Psycholoog, Maatschappelijk werkers	Psychiater	Verpleegkundigen	Psycholoog, Psychiater, Verpleegkundigen
Gemiddeld aantal therapeuten aanwezig in MFG's	2.7	2.7	3.1	2.8
Theoretische	Multifamiliale	Multifamiliale	Systeemtheorie	Multifamiliale

<b>achtergrond van MFG</b>	psychoanalyse	psychoanalyse	Psycho-educatie	psychoanalyse, Andere
<b>Type psychotherapeutische achtergrond van teamleden</b>	Systeemtherapie, Psychodynamische therapie, Psychoanalyse	Groepsanalyse, Psychoanalyse, Andere groepstherapieën	Systeemtherapie, Cognitieve gedragspsychotherapie	Psychodynamische therapie
<b>Samenstelling van het MFG-team</b>	1 begeleider en co-therapeuten	2-3 begeleiders of meer co-therapeuten	alleen co-therapeuten	begeleiders en co-therapeuten
<b>Supervisie</b>	Intern en/of extern	Intern en/of extern	Geen	Supervisie (1)
<b>Leeftijdsklasse van patiënten</b>	Volwassenen	Volwassenen	Volwassenen en adolescenten	Volwassenen
<b>Type familierelatie</b>	Ouders, Kinderen, Leden die met de patiënt samenwonen.	Leden van de uitgebreide familie	Leden die met de patiënt samenwonen, Mensen die niet tot de familie behoren	Leden die met de patiënt samenwonen
<b>Aantal gezinsleden, familieleden en niet-familieleden</b>	3.1	3.5	3.8	4.4
<b>Type groep</b>	Open	Langzaam open	Gesloten	Gesloten, Open, Langzaam open
<b>Heeft de groep stadia?</b>	Neen	Neen	Ja	Geen
<b>Aantal patiënten per groep</b>	10 tot 30	Meer dan 30	10 tot 30	30 of meer
<b>Sessiefrequentie</b>	Wekelijks	Tweewekelijks	Driewekelijks of maandelijks	Maandelijks (3)
<b>Sessieduur (gemiddeld, in minuten)</b>	98	91	106	60-120
<b>Periode van de dag</b>	Tijdens de werkuren	Tijdens de werkuren	Na de werkuren	Tijdens de werkuren
<b>Plaats of ruimte van de groep</b>	Multifunctionele ruimte	Multifunctionele ruimte	Psychotherapeutische ruimte	Psychotherapeutische ruimte, Multifunctionele ruimte
<b>Hoe worden de stoelen geplaatst?</b>	Cirkel	Cirkel	Cirkel	Cirkel
<b>Was er een onderbreking sinds het begin?</b>	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Verwijsbron voor deelnemers</b>	Interne referenties	Interne referenties	Interne referenties (alleen Wallonië)	Interne en externe referenties

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023

## Italië

De MFG opereert als een verlengstuk van het Centrum voor Geestelijke Gezondheid binnen de openbare instelling en biedt territoriale ambulante hulp met een sterke nadruk op psychotherapeutische interventie. De betrokkenheid van psychologen is cruciaal en hun aanwezigheid is meer uitgesproken, vooral met ondersteuning van sociale dienstverleners. Bij de Italiaanse MFG's zijn gemiddeld 2,7 beroepskrachten betrokken, meer dan in de andere landen, en ze worden geleid door minstens één begeleider naast co-therapeuten, onder interne en/of externe supervisie.

Hoewel de theoretische benadering van de MFG voornamelijk psychoanalytisch is, integreren therapeuten ook systemische en psychodynamische therapeutische elementen in hun praktijk. De gebruikersgroep bestaat voornamelijk uit volwassenen met ernstige psychische stoornissen, wat de demografie van de lokale geestelijke gezondheidszorg weerspiegelt. De Italiaanse MFG vertoont heterogeniteit in de samenstelling op het vlak van de gebruikersdiagnose en heeft een open en over het algemeen permanente structuur zonder specifieke fasen. De MFG houdt wekelijkse bijeenkomsten - een hogere frequentie in vergelijking met andere landen - met een gemiddelde duur van 98 minuten.

Gezinsleden nemen voornamelijk deel aan deze groepen door samenwonende leden. Wat het aantal deelnemers betreft, is de Italiaanse groep duidelijk 'middelgroot', met 10 tot 30 deelnemers. De bijeenkomsten vinden plaats tijdens werkuren in een ruime en comfortabele ruimte, met een opstelling die circulaire communicatie bevordert. De groep heeft te maken gehad met onvermijdelijke onderbrekingen als gevolg van pandemische beperkingen en, iets meer dan in andere contexten, met een vermindering van de personele middelen.

## **Spanje**

Spanje springt eruit als het land waar de MFG zich het langst gevestigd heeft, met een gemiddelde duur van bijna 11 jaar. Deze entiteiten worden beheerd door particuliere rechtspersonen, vaak met winstoogmerk, en zijn actief betrokken bij poliklinische voorzieningen in de regio, waarbij psychotherapeutische antwoorden prioriteit hebben. De centrale figuur in de MFG is de psychiater, die samenwerkt met twee andere behandelaars. De leidende theoretische benadering komt overeen met de multifamiliale psychoanalyse, die raakvlakken heeft met de Italiaanse ervaring. De opleidingsachtergrond omvat groepsanalyse, psychoanalyse en verschillende andere theoretische benaderingen.

De Spaanse MFG's worden gefaciliteerd door meerdere begeleiders en/of co-therapeuten, met interne en/of externe supervisie. De gebruikers van de groepen zijn intern en bestaan uit volwassenen die worstelen met ernstige pathologieën en deelnemen samen met leden van de uitgebreide familie. De Spaanse MFG's hebben een halfopen structuur, zonder duidelijke cycli, en zijn het grootst in termen van gemiddelde deelnemers, waarbij geen enkele groep minder dan 10 deelnemers telt.

Vergaderingen vinden plaats met een relatief korte frequentie, over het algemeen tweewekelijks, met een duur die iets onder het algemene gemiddelde van 91 minuten ligt. De sessies worden gepland tijdens de werkuren en vinden plaats in een comfortabele vergaderruimte met in cirkel geplaatste zitplaatsen.

## **België**

In dit land omvatten de gegevens twee verschillende geografische gebieden, Vlaanderen en Wallonië, die elk onder een verschillend beleid voor geestelijke gezondheid vallen, wat resulteert in opmerkelijke verschillen in de organisatie en het beheer van MFG's. Deze verschillen worden uitgewerkt in de commentaren bij elke indicator. België, in het algemeen, vertegenwoordigt de meest recente oprichting van groepseenheden, wat mogelijk een weerspiegeling is van de historische prevalentie van intramurale of daghospitaalstructuren in de psychiatrie. De MFG, geïntegreerd in traditionele psychiatrische structuren, biedt hulp die vergelijkbaar is met een ziekenhuisafdeling, met als primaire interventiedoelstelling psycho-educatie, meer uitgesproken dan in andere regio's. De verpleegkundige speelt een cruciale rol in de groep en werkt samen met twee andere figuren, waarbij de psycholoog een prominentere rol speelt dan de psychiater.

De Belgische groepen werken met een systemische therapeutische visie, een belangrijk onderdeel van de opleiding van het personeel, naast cognitieve gedragstherapie. Deze groepen worden met name geleid door paren co-therapeuten zonder een aangestelde leider, en ze ondergaan geen enkele vorm van supervisie, behalve af en toe intervisie.

Deze Belgische groepen worden vooral gekenmerkt door de homogeniteit van hun gebruikers, die vaak te maken hebben met verslavingen, eetstoornissen (volgens een psycho-educatief model) of stemmingsproblemen. In tegenstelling tot andere regio's zijn hun gebruikers niet uitsluitend volwassenen. Ze opereren als 'gesloten' groepen en behouden een stabiele gebruikersbasis, die deelneemt aan cycli en verbonden is met de instantie die de groep beheert. Deze groepen hebben ook te maken gehad met onderbrekingen, maar die waren vooral gelieerd aan de pandemische noodsituatie. De frequentie van de vergaderingen is meestal lang (om de drie weken of een maand), met een gemiddelde duur van meer dan 100 minuten. De bijeenkomsten worden na de werkuren gepland om de deelname van familieleden en andere naasten van de gebruikers te vergemakkelijken. Deze sessies vinden plaats in speciale psychotherapie ruimtes en hebben een professionelere sfeer, waardoor een persoonlijke dialoog tussen alle deelnemers wordt bevorderd.

## Portugal

In dit land zijn er slechts vijf MFG's, wat leidt tot problemen in de vergelijkbaarheid met andere landen en beperkte zichtbaarheid van bijzonderheden. Deze groepen zijn gemiddeld iets minder dan 9 jaar actief, bevinden zich in openbare instellingen, voornamelijk binnen de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen, en streven uitsluitend psychotherapeutische doelstellingen na. In overeenstemming met de Belgische context zijn deze MFG's samengesteld uit bijna drie professionele personen en hebben ze geen supervisie. Ze werken als langzaam-open groepen zonder afzonderlijke cycli en bestaan uit gebruikers van de diensten waar ze geplaatst zijn, die allemaal kampen met ernstige stoornissen.

Deze groepen gaan verder dan samenwonende familieleden en omvatten de hele ouderlijke kring, met gemiddeld 4,4 verschillende deelnemers. De bijeenkomsten vinden maandelijks en tweewekelijks plaats, duren gemiddeld 90 minuten en worden gepland tijdens werkuren. De sessies vinden plaats in een prettige omgeving waar de deelnemers direct met elkaar kunnen communiceren en oogcontact kunnen maken.

### 7.1.4. Enkele slotoverwegingen

Na dit overzicht van gegevens met betrekking tot de ervaringen van de 92 Multifamilie groepen, kan een eerste beoordeling worden gegeven van een recent fenomeen dat nog grondig moet worden onderzocht door middel van uitgebreid en representatief onderzoek in verschillende geografische gebieden en modellen. Ongetwijfeld is een meer diepgaand begrip van dit fenomeen nodig om vervolgens richtlijnen te formuleren die grenzen en interne regels voor de groepen afbakenen en hen helpen om verder te gaan dan een fase van experimenteren. Bovendien zijn de fundamenten voor een dergelijk onderzoek vandaag al aanwezig, gezien de uiteenlopende ervaringen die uit dit eerste onderzoek naar voren zijn gekomen.

De onderzochte gegevens tonen Multifamilie groepen (MFG's) als een dynamisch en groeiend fenomeen tijdens de afgelopen jaren. Deze groei wordt toegeschreven aan de veelheid aan diensten die er gebruik van maken, de verschillende theoretische referentiemodellen, organisatorische typologieën en specialisaties in specifieke stoornissen. Deze therapeutische entiteiten zijn aanwezig in verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waaronder lokale, dag-, residentiële en intramurale diensten, afkomstig van zowel publieke als private, profit- en non-profit organisaties. De MFG dient als een integratief en innovatief instrument dat traditionele behandelingen op basis van individuele of duale (kind en ouder) zorg transformeert door het lijdende individu te beschouwen binnen de context van zijn leven en relaties. Deze benadering richt zich op familiedynamiek, emotionele spanningen en ontwikkelingsblokkades en stimuleert

'wederzijdse zelfhulp' onder alle deelnemers, geleid door een therapeutisch kader en geworteld in circulaire communicatie.

De theoretische modellen die deze groepen ondersteunen zijn divers en vaak hybride, doordringbaar van elkaar. Ook de opleidingsachtergrond van de therapeuten omvat een eclectische reeks technieken en therapeutische modellen. Ondanks de gevarieerde werkwijzen van de groepen zijn er enkele overeenkomsten: psychotherapie als centrale interventie, de alomtegenwoordige rol van psychologen (aanwezig in 9 van de 10 MFG's), collectief management door minstens twee professionele figuren, een hanteerbare gemiddelde groepsgrootte (tot 30 personen, therapeuten niet meegerekend), en het gebruik van ruime vergaderzalen om de communicatie te vergemakkelijken. Bovendien kenmerken de samenvoeging van drie familiefiguren (gebruiker, samenwonende en niet samenwonende familieleden), de regelmaat van de bijeenkomsten (meestal wekelijks of tweewekelijks) en de openheid of half-openheid van de groepen hen als permanente groepen. Gesloten groepen richten zich meestal op zorgvragers met specifieke problemen en vertonen homogeniteit in diagnose en/of leeftijdsgroep, vaak gericht op jongeren. Sommige groepen werden onderbroken, met name als gevolg van de pandemie. Interne of externe supervisie is minder wijdverspreid en vindt voornamelijk informeel plaats onder de therapeuten.

De leeftijdsgroep van de gebruikers komt overeen met de diensten die ze voornamelijk zoeken, voornamelijk volwassenen met ernstige diagnoses. De invulling van de therapeutische vraag van interne gebruikers geeft aan dat de Groep eerder wordt gezien als een integratief dan als een alternatief therapeutisch element in de behandeling.

Het onderzoek brengt variaties aan het licht tussen groepen in verschillende landen en binnen hetzelfde land (zoals in België, tussen Vlaanderen en Wallonië), waarbij de nadruk ligt op de impact van lokale ervaringen op de samenstelling, interventiestrategieën en gebruikersprofielen, die de contextuele behoeften weerspiegelen. Deze verschillen vertegenwoordigen nuances of variaties binnen een algemeen gedeeld MFG-model over verschillende ervaringen heen.

Samengevat biedt deze eerste enquête over MFG's, gecombineerd met een diepgaand kwalitatief onderzoek van focusgroepen, niet alleen voorlopige inzichten in het fenomeen, maar legt ze ook de basis voor verder onderzoek. Dit toekomstige onderzoek, gebaseerd op een statistisch representatieve steekproef en geleid door een methodologisch rigoureuus ontwerp met vooraf gedefinieerde doelstellingen en indicatoren, zou eerder geteste instrumenten gebruiken en uitgevoerd worden door een gerenommeerde onderzoeksorganisatie. Een dergelijk onderzoek zou de keuzes en evaluaties van MFG-promotors en -organisatoren grondig moeten onderzoeken en de reflectie over de resultaten en hun impactindicatoren bevorderen, in termen van het beantwoorden aan behoeften en de invloed op het systeem van geestelijke gezondheidszorg.

## 7.2. FOCUSGROEPEN

Na het verspreiden en verzamelen van de resultaten van de vragenlijst, voerden de vier partners twee soorten focusgroepen (FG's) uit: één met therapeuten en één met MFG-gebruikers (patiënten en families).

### 7.2.1 Kader van de focusgroepen

De focusgroep is een interview onder leiding van een moderator, soms vergezeld van een waarnemer, dat meestal gemiddeld twee uur duurt. Het aantal deelnemers kan variëren; hoe groter de groep (bv. ongeveer tien tot twaalf deelnemers), hoe meer verschillende meningen naar voren komen, wat resulteert in een grotere rijkdom aan ideeën. Omgekeerd is er in kleinere groepen een groter potentieel voor diepgaande analyse en openheid, vooral als het om gevoelige kwesties gaat. Een focusgroep heeft zowel voor- als nadelen:

Voordelen:

- Snelheid en kosteneffectiviteit;



- Wederzijdse stimulering onder deelnemers;
- Interactie tussen deelnemers.

Nadelen:

- Mogelijke creatie van remmingen bij deelnemers;
- Verzamelen van meer, maar minder gedetailleerde inzichten in vergelijking met individuele interviews;
- De noodzaak om ervoor te zorgen dat iedereen kan spreken.

De groep moet homogeen zijn wat betreft sociale en culturele gelaagdheid en de deelnemers mogen niet samenwerken. Specifieke stimulerende vragen sturen het gesprek, waardoor een diepe duik in specifieke onderwerpen mogelijk is en de discussie binnen de onderzoeksthema's blijft. Een focusgroep wordt geleid door een moderator en er zijn twee waarnemers bij betrokken, elk met een specifieke rol:

Rol van de moderator:

- Het gesprek leiden;
- Discussie tussen alle deelnemers aanmoedigen;
- De deelname van iedereen vergemakkelijken;
- Voorkomen dat de discussie wordt gedomineerd door een leider;
- Een neutrale positie behouden;
- Afzien van het uiten van persoonlijke meningen en evaluaties.

Rol van de waarnemer:

- De ontvangst van deelnemers beheren;
- De vergadering opnemen;
- Notities maken over relevante kwesties die zich voordoen;
- De moderator ondersteunen waar nodig.

Elke partner plande en bereidde de focusgroepen in zijn land voor door datums, uren, locaties en modaliteiten te bepalen en doelstellingen en methodologie vast te leggen. Er werden meer uitnodigingen verstuurd dan nodig was om rekening te houden met mogelijke afwezigheden.

### 7.2.2. Planning en methodologie van de focusgroepen

De vier partners besloten unaniem om een gemeenschappelijke methodologie te gebruiken, namelijk de SWOT-analyse. Deze aanpak stelde elke deelnemer in staat om zijn eigen perspectieven te verwoorden en de sterktes en zwaktes van MFG's te analyseren, zowel intern als extern aan de context. Binnen het SWOT-kader en op basis van de primaire bevindingen van de vragenlijst formuleerde elke partner stellingen/onderwerpen die als leidraad dienden tijdens het gesprek.

De sessies van de verschillende focusgroepen (FG's) werden op drie manieren uitgevoerd: persoonlijk, online (via het Zoom-platform) en één in hybride modus (uitsluitend door de Belgische partner). De Zoom-sessies werden opgenomen met medeweten en toestemming van alle deelnemers.

De FG's in Italië en Portugal hadden elk één moderator en twee waarnemers. De Belgische FG's werden geleid door externe moderators en hadden twee waarnemers. De Spaanse FG1 had een leider en een waarnemer, terwijl de Spaanse FG2 een leider en een coleider als moderators had, met verschillende praktiserende psychologen als waarnemers. Italië en Portugal organiseerden elk twee focusgroepen, één voor therapeuten en één voor gebruikers. De Portugese FG2, gericht op MFG-gebruikers, omvatte geen patiënten maar wel therapeuten en familieleden van voormalige patiënten. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië werden twee focusgroep-sessies georganiseerd met een tussenpoos van ongeveer een maand, waarbij FG2 een gemengd publiek had (patiënten,

familieleden en therapeuten), in totaal vijf focusgroepen die in twee landstalen (Nederlands en Frans) werden gehouden. Tijdens de eerste bijeenkomst werd een SWOT-analyse uitgevoerd op basis van de resultaten van de vragenlijst. Tijdens de tweede bijeenkomst werd dieper ingegaan op de bevindingen van de eerste focusgroep. Van de opgenomen sessies werd een geanonimiseerd transcript gemaakt.

Hieronder staan twee tabellen met respectievelijk: Focusgroepplanning (Tabel 27) en Focusgroepmethodologieën en -thema's gevolgd door de vier landen (Tabel 28).

**Tabel 27. Planning focusgroepen**

Land	FG	Modali-teit	Duur (min)	Deelnemers / Uitnodigingen	Uitgeno-digd	Aanw e-zig	Moderator/Waa rnemers
<b>Italië</b>	FG1	Online (Zoom-platform)	180	MFG-begeleiders die de vragenlijst hadden ingevuld.	34	9	1 Moderator 2 Waarnemers
	FG2	Face-to-face (hoofdkan-toor LIPsiM)	180	MFG-gebruikers (patiënten, ouders, familieleden, zorgverleners - publieke en private sociale sectoren).	18	12	1 Moderator 2 Waarnemers
<b>België</b>	FG1	Online (Zoom-platform)	90	(Franstalige en Nederlandstalige) experts (degenen die hebben gepubliceerd) en MFG-begeleiders die de vragenlijst hadden ingevuld. FG1 werd onderverdeeld in 4 groepen: FG1.1 - Vlaanderen FG1.2 - Wallonië FG1.3 - Wallonië (grondige analyse) FG1.4 - Vlaanderen (grondige analyse)	FG1.1: 11	FG1.1: 11	1 Moderator 2 Waarnemers
					FG1.2: 13	FG1.2: 13	
					FG1.3: 9	FG1.3: 9	
					FG1.4: 12	FG1.4: 10	
<b>Spanje</b>	FG1	Online (Zoom-platform)	180	Professionals werkzaam in MFPG, steunend op de ideeën en ervaringen van de Multifamiliale Psychoanalyse (J. García Badaracco) en andere theoretische bijdragen (Groepsanalyse, Algemene Systeemtheorie, Gehechtheidstheorie, Open Dialoog, etc.).	23	14	1 Moderator 1 Waarnemer
	FG2	Face-to-face (Dagziekenhuis van het Uribe Costa		FG met de MFG-gebruikers: een hoofdbegeleider, een co-begeleider, verschillende psychologen en	-	60-70	2 Moderatoren Meerdere Waarnemers*

		Centrum voor Geestelijke Gezondheid)		families.			
<b>Portugal</b>	FG1	Online (Zoom-platform)	90	MFG-begeleiders	12	6	1 Moderator 2 Waarnemers
	FG2	Online (Zoom-platform)	90	MFG familieleden en therapeuten met MFPG-kennis, maar zonder MFPG-ervaring	16	7	1 Moderator 2 Waarnemers

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023

\*De Spaanse FG2 werd gemodereerd door een hoofdbegeleider en een co-begeleider. De waarnemers waren verschillende praktiserende psychologen.

**Tabel 28. Methodologieën en thema's van de focusgroepen.**

Land	FG	Methodologie	Onderwerpen
<b>Italië</b>	FG1	SWOT-analyse - Drie onderwerpen kwamen naar voren als significante en bepalende elementen van de meeste MFG-ervaringen die in de vragenlijsten werden weergegeven.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betrokkenheid van ten minste twee generaties, waaronder personen die momenteel behandeld worden voor psychische problemen.</li> <li>2. Aanwezigheid van een begeleidingsteam.</li> <li>3. Activering van een uitwisselingsruimte tussen begeleiders onmiddellijk na de bijeenkomst van de MFG (Post-Group).</li> </ol>
	FG2	SWOT-analyse - Het onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van <u>twee</u> van de onderwerpen, die als beter beoordeelbaar door de gebruikers werden beschouwd. Het derde onderwerp dat werd voorgesteld aan de steekproef van begeleiders/facilitators (activering van een post-groep) bleek moeilijk te evalueren door de gebruikers omdat het een moment van de multifamilievergadering betreft dat gewoonlijk is voorbehouden aan het begeleidersteam.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betrokkenheid van ten minste 2 generaties, waaronder personen die momenteel behandeld worden voor psychische problemen.</li> <li>2. Aanwezigheid van een begeleidingsteam.</li> </ol>
<b>België</b>	FG1	Er werden twee focusgroepen gehouden, met een tussentijd van ongeveer een maand, in Vlaanderen en Wallonië. Er werden vier bijeenkomsten gehouden met MFPG-therapeuten (2 in het Nederlands en 2 in het Frans). Tijdens de eerste bijeenkomst (FG1.1; FG 1.2), werd een SWOT-analyse uitgevoerd op basis van de resultaten van de vragenlijst. Tijdens de tweede bijeenkomst (FG1.3; GF1.4) werden de bevindingen van de eerste focusgroep (FG1) grondig bestudeerd. Van de opgenomen sessie wordt een geanonimiseerd transcript gemaakt.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verschillende hulpvragen behandelen binnen één systeem.</li> <li>2. Weerstand om met een MFPG te werken.</li> <li>3. Behoeftte aan supervisie/intervisie.</li> <li>4. Huidige behoeften rond MFPG.</li> </ol>

<b>Spanje</b>	FG1	SWOT-analyse gebaseerd op de uitgebreide ervaring van begeleiders/coördinatoren. De discussie spitste zich toe op 3 hoofdthema's, die overeenkomen met de kwalitatieve antwoorden op de vragenlijst. Opmerking vooraf: De deelnemers verwijzen naar het belang van het emotionele klimaat, wat niet expliciet aan bod komt in de vragenlijst, en het type interventies, waarbij de nadruk ligt op het 'gesprek' in plaats van interpretaties die gericht zijn op het blootleggen van het onbewuste.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betrokkenheid van ten minste 2 generaties, waaronder personen die momenteel behandeld worden voor psychische problemen.</li> <li>2. Functionering van het MFG-begeleidingsteam.</li> <li>3. De uitwisseling tussen begeleiders na de bijeenkomst (postgroep).</li> </ol>
	FG2	In hun gebruikelijke ruimte (MFG) en op de afgesproken dag en tijd werden de deelnemers gevraagd beslissingen te nemen over drie onderwerpen.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat waren uw verwachtingen toen u werd uitgenodigd om deel te nemen aan de MFG en welke voordelen heeft het u opgeleverd om deel te nemen?</li> <li>2. Hoe denk je over psychische aandoeningen en welke bijdrage kan MFG leveren aan verbetering?</li> <li>3. Zijn veranderingen in de gezinsdynamiek gecorreleerd met verbeteringen in de gezinssituatie?</li> </ol>
<b>Portugal</b>	FG1	Na de SWOT-analyse werden er vier vragen gesteld aan de deelnemers.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sterke punten (Voordelen): Welke kenmerken van MFPG maken het een voordelig psychotherapeutisch hulpmiddel ten opzichte van andere psychotherapeutische interventies (intern - families/team/dienst; en extern - instelling/gemeenschap)?</li> <li>2. Zwakke punten (Nadelen): Welke kenmerken maken MFPG nadelig in vergelijking met andere psychotherapeutische middelen? (intern - families/team/dienst; en extern - instelling/gemeenschap).</li> <li>3. Mogelijkheden: Welke aspecten zouden benadrukt moeten worden in MFPG, als psychotherapeutische benadering in de geestelijke gezondheidszorg, om het makkelijker te maken om van deze benadering gebruik te maken? Of, in hoeverre kan het werken met MFPG bijdragen aan de transformatie van: gezinnen/team/dienst; en instelling/gemeenschap?</li> <li>4. Bedreigingen: Op welke manieren kan MFPG een bedreiging zijn (intern/extern)?</li> </ol>
	FG2	Na de SWOT-analyse werden er vier vragen gesteld aan de deelnemers.	De deelnemers aan FG2 kregen dezelfde vragen voorgelegd als de deelnemers aan FG1.

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023

### 7.2.3. Resultaten en conclusies van de focusgroepen

In alle landen leverden de focusgroepen (FG's) een consensus op dat Multifamilie groepen (MFG's) voordelen bieden, maar ook uitdagingen met zich meebrengen die om een oplossing vragen. Deze bevindingen zijn van toepassing op alle deelnemers aan MFG's, inclusief verzorgers, families en personen die een behandeling ondergaan. Een gemeenschappelijke bevinding was het belang van

het feit dat meer dan één generatie betrokken was bij MFG's, wat werd gezien als het belangrijkste voordeel van deze groepen vanwege de fundamentele rol in het vergemakkelijken van de toegang tot transgenerationale knopen.

Bovendien bestaat er unanieme overeenstemming over de verschillende voordelen die de deelnemers ervaren, waaronder families (inclusief patiënten), therapeuten en instellingen. Spanje benadrukt de bijdrage van MFG's aan het vergroten van tolerantie, respect voor diversiteit en solidariteit met mensen die lijden. Italië benadrukt de ontwikkeling van empathie, het vermogen om gezonde grenzen te stellen en te handhaven en om emoties te uiten. België en Portugal benadrukken het transformerende potentieel van MFG's, vooral in het ontwikkelen van nieuwe en gezondere identificaties, in het bijzonder het ontwikkelen en transformeren van pathologische patronen in relaties en communicatie binnen de familie. Alle vier de landen bevestigen dat MFG's vanuit klinisch oogpunt duidelijke voordelen bieden, zowel diagnostisch als in termen van herstelltijd, waardoor ze kostenefficiënter zijn voor instellingen.

Wat de ondervonden uitdagingen betreft, vermelden België en Portugal potentiële moeilijkheden zoals het gebrek aan geschikte ruimte voor groepssessies en onvoldoende opleiding voor therapeuten. Italië maakt zich zorgen over onvoldoende informatie over MFG's, beperkte specifieke training voor operatoren (gezondheidstechnici/therapeuten/verzorgers) en mogelijke belemmeringen of weerstand van instellingen. Deelnemers uit België en Portugal vermeldden ook dat MFG's, als grote groepen, moeilijkheden kunnen opleveren voor sommige individuen, vooral voor diegenen die worstelen met zelfexpressie of die te maken hebben met kwesties die schaamte, schuld en stigmatisering veroorzaken. Het aanpakken van familiegeheimen en taboes kan een uitdaging vormen door de angst om zichzelf bloot te geven aan de familie, zoals blijkt uit de Italiaanse observaties. Er kunnen verschillende vormen van weerstand ontstaan bij zowel deelnemers als instellingen, die een voortdurende scepsis ten opzichte van groepspsychotherapieën weerspiegelen. Wat betreft open, gesloten of langzaam open groepen, benadrukken België en Portugal dat een open groep kan leiden tot de vorming van grote en diverse subgroepen, waardoor het een uitdaging wordt om de consistente aanwezigheid van deelnemers te garanderen.

De consistentie van de aanwezigheid van deelnemers beïnvloedt de groepscohesie. Gezien het feit dat groepscohesie analoog is aan de therapeutische alliantie in individuele psychotherapie, is het creëren van een sterke cohesie wenselijk om een klimaat van vertrouwen te creëren dat de betrokkenheid, gehechtheid en effectieve communicatie van deelnemers bevordert.

Samenvattend zijn deelnemers aan focusgroepen in alle landen het erover eens dat multifamilie groepen meer voordelen en sterke punten bieden dan nadelen of vermeende bedreigingen.

### **7.3. BIBLIOGRAFISCH ONDERZOEK**

#### **7.3.1. Nationale en internationale methodologie**

Er werd een kritisch literatuuroverzicht uitgevoerd met betrekking tot multifamilie-interventies in de geestelijke gezondheidszorg om de partners te begeleiden bij het definiëren en afbakenen van het webonderzoek, in overeenstemming met de onderzoeksdoelstellingen van het project. Gemeenschappelijke zoektermen, van toepassing op alle partners, werden geïdentificeerd en gebruikt, waaronder Multifamilie Groepen, Multifamilie Psychoanalyse Groep, Multifamilie Psychoanalyse, Multifamilie Therapie, Multifamilie Groep Therapie, en Multifamilie Groep Behandeling. Deze zoektermen werden vertaald in de respectievelijke talen van elk land en aangevuld met landspecifieke, relevante termen. Partners besloten gezamenlijk om zoekopdrachten uit te voeren in hun nationale talen, waardoor de zoekopdracht voor elke taal de landsgrenzen overschreed. Het internationale bibliografische onderzoek omvatte meerdere landen, waarbij Engelse trefwoorden werden gebruikt voor de zoekopdracht. Een uittreksel van het bibliografisch onderzoek is te vinden in Bijlages 1 tot en met 6.

Zoekmachines zoals Google, Google Scholar, PubMed, Hall en Cairn werden gebruikt voor het onderzoek. In Spanje werd ook het bibliografische portaal Dialnet geraadpleegd (Tabel 29). In Italië werden verenigingen die zich bezighouden met de ontwikkeling, studie, klinische praktijk en training in de multifamiliesector geïdentificeerd aan de hand van de verschillende modellen die in het onderzoek naar voren kwamen. Deze informatie zal worden verzameld in een lijst die als bijlage bij de gids is gevoegd.

De terugkerende bibliografische items die alle partners gemeen hebben, zijn artikelen, boeken en boekhoofdstukken. In de bibliografie van Spanje zijn dissertaties en postdoctoraal werk niet opgenomen. Daarentegen omvatten de bibliografieën van België, Frankrijk, Canada, Zwitserland en Portugal monografieën en proefschriften.

**Tabel 29. Methodologie**

Land	Algemene trefwoorden	Specifieke trefwoorden	Zoekmachines
<b>België</b>	Multifamilie groepen (MFG); Multifamiliale Psychoanalyse (MFP); Multifamiliale Therapie (MFT).	Multi-Familiale Consultatie (MFC); Sociale en Multi-Familiale Therapie (SMT).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall en Cairn.
<b>Italië</b>	Multifamilie groepen (MFG); Multifamiliale Psychoanalyse (MFP); Multifamiliale Therapie (MFT).		Google; Google Scholar; PubMed; Hall en Cairn.
<b>Portugal</b>	Multifamilie groepen (MFG); Multifamiliale Psychoanalyse Multifamiliale Therapie (MFT).	Multifamiliale Psychoanalyse Groep (MPG); Multifamiliale Therapie Groep (MFTG); Multifamiliale groepsbehandeling (MFGB).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall en Cairn.
<b>Spanje</b>	Multifamilie groepen (MFG); Multifamiliale Psychoanalyse (MFP); Multifamiliale Therapie (MFT).	Multifamiliale Psychoanalyse Groep (MPG); Multifamiliale Therapie Groep (MFTG); Multifamiliale groepsbehandeling (MFGB).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall Cairn; Dialnet.
<b>Internationaal</b>	Multifamilie groepen (MFG); Multifamiliale Psychoanalyse (MFP); Multifamiliale Therapie (MFT)..	Multifamiliale Psychoanalyse Groep (MPG); Multifamiliale Therapie (MFTG); Multifamiliale groepsbehandeling (MFGB).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall en Cairn.

Bron: onderzoek FA.M.HE 2023

### 7.3.2. Kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de resultaten in de taal van de partners

Na het bibliografische onderzoek dat door elk land werd uitgevoerd, werd de inhoud van elke vermelding uitgebreid onderzocht om de informatie te categoriseren op basis van theoretische oriëntatie en praktische toepassing. De gecombineerde bibliografie van de vier partners leverde 177 items op voor de geselecteerde trefwoorden. Ongeveer 70% van deze vermeldingen bestaat uit gepubliceerde artikelen in tijdschriften, bulletins, kranten, periodieken en onlinepublicaties, terwijl de overige vermeldingen bestaan uit boeken, boekhoofdstukken en monografieën. De onderwerpen in de bibliografie zijn divers en werden gecategoriseerd in Theoretische begeleiding (tabel 30) en Praktische toepassing (Tabel 30.1).

**Tabel 30. Onderwerpen uit de bibliografie - Theoretische begeleiding**

Psychoanalyse voor meerdere gezinnen
Multifamilietherapie, theoretische en technische aspecten beïnvloed door García Badaracco's ideeën
Uitgebreide verklaring van de waargenomen verschijnselen binnen het theoretische kader van het García Badaracco-model en de Multifamiliepsychoanalyse.
Multifamilie groepstherapie, theoretische en technische aspecten
De groep als therapeutisch middel
Intergenerationaliteit
Perspectieven van patiënten, familie, partners, therapeuten en waarnemers die deelnamen aan multifamilie groepen.

*Bron: onderzoek FA.M.HE 2023*

**Tabel 30.1. Onderwerpen uit de bibliografie - Praktische toepassing.**

Representatieve ervaringen bij het implementeren van het interventiemodel met multifamilie groepen.
Familiale psycho-educatieve benadering
Psychosociale rehabilitatie
Systeemgerichte rehabilitatie en multifamilie groepen.
Klinische toepassingen van multifamiliale therapieën en benaderingen
Bewijs voor multifamilietherapie
Therapeutische functie en training
Online multifamiliale psychotherapie sessie

*Bron: onderzoek FA.M.HE 2023*

De interventies hebben betrekking op justitiële, educatieve, gemeenschaps- en gezondheidscontexten (tabel 31). Deze omvatten diverse populaties waaronder volwassenen, adolescenten en kinderen (Tabel 32); individuen zonder psychiatrische aandoeningen of problemen, en psychiatrische patiënten in behandeling (patiënten opgenomen op afdelingen en in dagklinieken, evenals ambulante patiënten) (Tabel 32.1). Verschillende groepen waren het doelwit van therapeutische interventies (Tabel 33). De bijbehorende bibliografie is opgenomen in Bijlage 6. Daarnaast is een deel van de geciteerde bibliografie in de *inleidende tekst*, die verwijst naar werken die niet uitgebreid geïndexeerd zijn op zoekmachines, toegankelijk in Bijlage 7.

**Tabel 31. Interventiecontext.**

<b>Justitiële context</b>	
<b>Onderwijscontext</b>	
<b>Communautaire context</b>	
<b>Gezondheidscontext</b>	Algemene ziekenhuizen, diensten voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische ziekenhuizen.

*Bron: onderzoek FA.M.HE 2023*

**Tabel 32. Bevolking in de interventies - I**

<b>Volwassenen</b>
<b>Jongeren</b>
<b>Kinderen</b>

*Bron: onderzoek FA.M.HE 2023*

**Tabel 32. 1. Bevolking in de interventies - II.**

Algemene bevolking, niet-psychiatrische aandoeningen en problemen
Bevolking in behandeling van psychiatrische stoornissen: ziekenhuisopname en dagkliniek, consulten.

*Bron: onderzoek FA.M.HE 2023*

**Tabel 33. Groepen waarop therapeutische interventies zijn gericht.**

Kinderen met psychologische problemen
Adolescenten met eetstoornissen
Angstige schoolweigering bij adolescenten
Transgender tieners
Zedendelinquenten onder tieners
Ernstige depressie
Anorexia nervosa
Chronische ziekte
Chronische pijn
Zwangerschap
Chronische psychose
Schizofrenie
Bipolaire stoornis
Alcoholverslaving en familie
Patiënten met middelenmisbruik en hun kinderen
Gezinnen en seksueel misbruik

*Bron: onderzoek FA.M.HE 2023*

Concluderend, het bibliografisch onderzoek in het land van elke partner onthulde een evoluerende interesse in multifamilie groepen. Deze evolutie wordt toegeschreven aan de vertaling van het werk van Jorge García Badaracco, wat leidde tot de studie en ontwikkeling van zijn theoretische en praktische modellen gebaseerd op de collectieve ervaring van het werken met gezinnen in elk land. Tegelijkertijd breidde de toepasbaarheid van het model zich uit naar diverse bevolkingsgroepen, verschillende sociale en gemeenschapscontexten en verschillende omgevingen in gezondheid en ziekte. Deze inclusiviteit omvat interventies met betrekking tot psychiatrische ziekten, organische pathologie en relationele psychopathologie, wat verdere vooruitgang in de implementatie bevordert.

### 7.3.3. Internationaal bibliografisch onderzoek

#### 7.3.3.1. Historisch kader

Bij het geven van een internationaal overzicht van de bibliografie met betrekking tot multifamilie groepen kunnen drie brede categorieën worden onderscheiden:

- MFG's met een psycho-educatief en cognitief-gedragstherapeutisch karakter
- MFG's van systemische en dynamische oorsprong
- Psychoanalytische MFG's

Psycho-educatieve groepen zijn wereldwijd wijdverspreid en de meeste gepubliceerde wetenschappelijke werken zijn beschikbaar in het Engels.

Eia Asen, professor aan het Anna Freud Nationaal Centrum, wordt beschouwd als de schepper van systemische en dynamische groepen. Hij heeft onder andere bijgedragen aan de ontwikkeling van 'Mentalisation-Based Treatment with Families', een benadering die empirisch is gebaseerd op effectiviteitsstudies die hij samen met Peter Fonagy heeft uitgevoerd.

De culturele contexten waar psychoanalytische MFG's, volgens het Argentijnse model, zich het meest hebben ontwikkeld zijn in Europa (Italië, Spanje, Portugal en, meer recentelijk, België) en Zuid-Amerika, met name in Argentinië en Uruguay.

Wat betreft de toepassingsgebieden kunnen overwegend homogene groepen worden geïdentificeerd, gericht op specifieke diagnoses, het verloop van de pathologie, leeftijdsgroepen en de context van de behandeling. Deze categorie wordt voornamelijk geassocieerd met psycho-educatieve MFG's. Bij de systemische, dynamische en psychoanalytische groepen zijn er



diagnosegerichte benaderingen en minder selectieve benaderingen, die toegankelijk zijn voor patiënten met overwegend ernstige stoornissen.

#### Systemische en dynamische MFG's en psychoanalytische MFG's voor ernstige stoornissen

Systemische en dynamische MFG's, evenals psychoanalytische MFG's, vinden hun oorsprong in twee verschillende takken. De eerste ontwikkelingen van beide takken gaan terug tot de jaren 1960. Ze komen voort uit ervaringen die zijn opgedaan in psychiatrische instellingen voor mensen met ernstige psychotische aandoeningen.

#### Buenos Aires

Het werk van Jorge García Badaracco begon in het Borda Ziekenhuis in 1960, met zijn oorsprong in de afdeling die hij leidde na zijn terugkeer van zijn opleiding in Parijs in 1958. Sommige biografieën van García Badaracco plaatsen de oprichting van de genoemde afdeling in 1962, wat het begin markeert van de eerste groep die hij definieerde als multifamiliale psychoanalyse. Hij beschrijft echter de veranderingen die de groepen teweegbrachten in het klimaat van de afdeling vanaf 1964: *"de gemeenschappelijke ruimte van mijn afdeling werd de luidruchtigste, in tegenstelling tot die van de andere afdelingen van het psychiatrisch ziekenhuis, die werden gekenmerkt door autisme en isolement"* (García Badaracco, 1989). García Badaracco constateerde een fase van aanzienlijke weerstand bij de patiënten. Vervolgens merkte hij op dat *"typisch infantiele situaties zich begonnen voor te doen zodra er een klimaat van basisvertrouwen en emotionele veiligheid was gecreëerd, dat wil zeggen, toen de gemeenschap een adequate psychologische container werd voor de patiënten die hun defensieve houdingen achter zich lieten, pathologische almacht afzwoeren en accepteerden om op de een of andere manier deel te nemen aan de nieuwe ervaring"* (García Badaracco, 1989). Tijdens deze fase vond de zogenaamde opname van de familie in de context van de behandeling plaats, waarbij ook het werk en de ervaringen werden geïntegreerd die sinds de jaren 1950 aanleiding hadden gegeven tot de gezins- en systeemtherapie. *We ontdekten dat de families van de patiënten, ook al hadden ze voldoende aanpassingsvermogen, waardoor ze geschikt leken voor het sociale leven, onvolwassen wezens waren, die in groepssituaties belangrijke psychologische moeilijkheden op emotioneel niveau vertoonden, vooral in interpersoonlijke relaties.* Alle daaropvolgende observaties en theoretische ontwikkelingen leidden tot García Badaracco's eerste monografie in 1989, later vertaald in het Italiaans in 1997 door de Franco Angeli uitgeverij. De multifamiliale psychoanalysegroepen beschreven door García Badaracco onderscheiden zich door hun specifieke focus op de behandeling van ernstige stoornissen, waaronder psychose en persoonlijkheidsstoornissen, die verschillende diagnoses en menselijk lijden omvatten, samen met de diversiteit van de betrokken patiënten en familieleden. De talrijke klinische casussen die García Badaracco beschrijft vormen het bewijs van de effectiviteit van zijn groepen en het therapeutische proces dat in gang wordt gezet tijdens de psychoanalyse-sessies met meerdere gezinnen.

#### New York

Peter Laqueur refereert in zijn werk, gepubliceerd tussen 1964 en 1980, aan zijn eerste multifamilie therapiegroep. Zijn beschrijving van het ontstaan is als volgt: *'In 1951, toen ik directeur was van een afdeling voor de klinische behandeling van schizofrene patiënten, in de leeftijd van 12 tot 52 jaar, in een groot ziekenhuis in de omgeving van New York, bezochten elke zondag de ouders, en soms de broers en zussen, ooms, tantes, enzovoort, van deze patiënten het ziekenhuis, en tijdens het bezoeken zagen ze mij, ieder op zijn beurt, gedurende een paar minuten, zodat ik hen gerust kon stellen, hoop kon geven, en kon proberen de technieken en medicijnen uit te leggen die werden gebruikt om de psychotische toestand van de patiënten te veranderen'. Toen we deze gevoelens in de groep ontdekten, besloten we iets te doen wat in die tijd helemaal taboe was: We lieten alle patiënten en hun bezoekers twee tot tweeënhalve uur lang met ons discussiëren over alle vragen die te maken hadden met schizofrenie, over behandelingsmethoden, over problemen tijdens het verblijf van de patiënten in het ziekenhuis en over de toekomst wanneer de patiënten weer naar huis zouden gaan, over hun werk, hun mogelijkheden om te trouwen en kinderen te krijgen, enz. We merkten dat de zogenaamde "gezonde" familieleden soms bijna net zo ziek waren als de patiënten zelf, met als belangrijkste verschil dat de patiënten als eerste naar het ziekenhuis waren gestuurd. Om te voorkomen dat onze patiënten vaak terugkeerden naar het ziekenhuis nadat ze naar huis*

waren gegaan, werd het noodzakelijk om zowel hun families als henzelf te behandelen. We vormden groepen van vier of vijf gehospitaliseerde patiënten en hun families en ontmoetten hen wekelijks in therapeutische sessies tijdens het hele verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. Gedurende 17 jaar van dit werk met gehospitaliseerde patiënten en hun families, waren we in staat om het aantal heropnames in het ziekenhuis met 80% te verminderen. Soms bleven ontslagen patiënten en hun families deelnemen aan deze meervoudige gezinstherapie sessies en geleidelijk, naarmate onze methode bekender werd, werden er meervoudige gezinstherapie groepen gevormd in klinieken en kantoren met ambulante patiënten en hun families" (Lewis, 2021). Het is uit de inspanningen van Laqueur dat de methode zich ontwikkelde, door zijn observaties te integreren met die van de familiaristen enerzijds en de psycho-educatieve benadering van McFarlane anderzijds. Het intensieve model van multifamilie therapie versmolt in verschillende ervaringen, waaronder het model dat Alain Cooklin in 1982 ontwikkelde in de Marlborough Family Service in Londen. Latere ontwikkelingen leidden tot specialisaties van de methode op het gebied van eetstoornissen (Scholz en Asen 2002; Dare en Eisler 2000; Scholz en Asen 2001; Slagerman en Yager 1989; Wooley en Lewis 1987), alcohol en middelen (Schaefer 2008), chronische systeemziekten (Steinglass, 1998), de ziekte van Huntington (Murburg e.a. 1988) en mishandelde kinderen (Asen e.a., 1989).

### 7.3.3.2. Resultaten

Uit dit uitgebreide internationale onderzoek komt een duidelijk patroon naar voren: de multifamiliale benadering heeft veel interesse opgewekt bij onderzoekers en professionals. Deze mensen hebben hun persoonlijke ervaringen en training verwerkt in deze methode om psychische stoornissen en psychisch leed aan te pakken.

In de loop der tijd heeft de groepsdimensie gestaag aan belang gewonnen in termen van therapeutische doeltreffendheid, en is geëvolueerd tot een dynamische en progressieve werkmethode. Het concept van 'groepering', gecentreerd rond de familie als een constituerend lid in plaats van alleen te focussen op het individu, heeft een vernieuwende betekenis. Het introduceert het idee dat lijden, geestelijke nood en stoornis niet beperkt zijn tot een individu, maar bestaan binnen een systeem van relaties, vaak ingekapseld door het gezin, dat op zijn beurt weer verbonden is met zijn omgeving en geschiedenis.

Ondanks 70 jaar ervaring op dit gebied, wat resulteert in diverse werkmethoden die moeilijk te systematiseren en te integreren zijn, wordt deze aanpak nog steeds als innovatief beschouwd. De analyse van wetenschappelijke literatuur en gepubliceerde boeken leidde tot de categorisering van resultaten in drie hoofdsecties:

- a) Geannoteerde bibliografie over psychoanalyse voor meerdere gezinnen.
- b) Geannoteerde bibliografie over systemische en dynamische multifamilie groepen :  
Deze sectie bevat een divers scala aan wetenschappelijke werken en monografieën vanwege het gebrek aan verschillen tussen werken die gebaseerd zijn op een puur psychoanalytisch model, werken die geworteld zijn in een psychodynamisch model en werken die afgestemd zijn op een systemische benadering.
- c) Studies naar Psycho-educatieve multifamiliale groepen 2020-2022:  
De beslissing om te focussen op de laatste twee jaar wordt toegeschreven aan de uitgebreide en diverse aard van de internationale bibliografie. Bij het zoeken op het web naar onderzoeken over MFG's werden zeven resultaten gevonden.

## 7.4. EINDCONCLUSIES

Dit onderzoek markeert de afsluiting van de eerste fase van het FaMHe project, uitgevoerd door de vier partners. Het document richtte zich voornamelijk op het vergroten van het begrip van bestaande Multifamilie groepen op het gebied van geestelijke gezondheid. Het onderzoek omvatte een nauwgezet onderzoek van verschillende modellen die actief zijn in verschillende regio's en op internationaal niveau, om de verzamelde informatie te verspreiden.

Voor het huidige project werden twee soorten multifamilie groepen overwogen, die beide minstens twee generaties omvatten, ongeacht de gebruikte methodologieën: Multifamiliale Psycho-educatie Groepen en Multifamiliale Psychoanalyse Groepen, de laatste geworteld in de theorieën van J.G. Badaracco. Deze groepen zijn ontworpen om geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken door zich te concentreren op de familiecontext in plaats van zich alleen te richten op het individu dat duidelijker geestelijke gezondheidsproblemen vertoont.

Op basis van de rapporten van de partners kan worden geconcludeerd dat de belangrijkste doelstellingen zijn behaald. Alle landen voerden een enquête uit, waarbij een vragenlijst werd ontwikkeld, verspreid en geanalyseerd om de kenmerken van MFG's te onderzoeken. Daarnaast organiseerde elk land twee soorten focusgroepen, één met uitvoerders en één met gebruikers van MFG's. De vier landen voerden bibliografisch onderzoek uit op nationaal niveau en Italië was specifiek verantwoordelijk voor het leiden van internationaal bibliografisch onderzoek. De details van dit onderzoek zijn te vinden in de bovenstaande rapporten.

In de daaropvolgende discussie worden de meest relevante bevindingen uit de vier landen belicht. Met betrekking tot de typologie van de groep in elk land:

- Italië bevestigde de aanwezigheid van twee soorten MFG's (Psycho-educatieve en Psychoanalyse MFG's), met een overheersend percentage toegeschreven aan Multifamiliale Psychoanalyse Groepen (ongeveer 60 MFG's actief in verschillende regio's). De wijdverspreide toepassing van deze methodologie in het hele land kan worden toegeschreven aan de voortdurende inspanningen op het gebied van vergelijking, onderzoek en training die worden uitgevoerd door het LIPsiM. Als associatieve structuur dient het LIPsiM als een netwerk voor ondersteuning, aanmoediging en diepgaande analyse van de toepassing van MFG's in de behandeling van psychisch leed.
- Volgens het rapport uit België zijn er 24 MFG's verspreid over alle provincies van het land, voornamelijk geassocieerd met psychiatrische ziekenhuizen. Deze groepen werken meestal binnen een systemisch kader, aangevuld met een cognitieve of psycho-educatieve benadering, met minder nadruk op een psychoanalytisch perspectief.
- Spanje meldde het bestaan van 28 MFG's in het land. Er was echter een ongelijke geografische spreiding, wat wees op een concentratie van MFG's in bepaalde provincies en een afwezigheid in andere. Het is opmerkelijk dat MFG's werden geïdentificeerd in slechts 8 van de 50 Spaanse provincies en 2 autonome steden, ondanks bewijs dat wijst op het bestaan van MFG's in nog meer provincies. Een mogelijke verklaring voor deze territoriale onevenwichtigheid zou het gebrek aan interesse van sommige instellingen kunnen zijn, waar een overheersende focus op farmacologische en cognitief-gedragsmatige perspectieven een meer dynamische aanpak kan uitsluiten. Bij de MFG's die in de vragenlijst werden genoemd, waren minimaal 2 generaties betrokken, inclusief de persoon die de behandeling onderging. Voor deze MFG's was het kader voornamelijk gebaseerd op de multifamiliepsychoanalyse, verrijkt met andere psychotherapeutische benaderingen (systemisch, groepsanalyse, dynamisch, cognitief-gedragsmatig, interfamiliaal, enz.) Psycho-educatieve groepen werden uitgesloten van dit onderzoek omdat ze geen individuen in behandeling omvatten.
- Portugal rapporteerde een beperkt aantal Multifamilie groepen (MFG's), met een totaal van 5 geïdentificeerde groepen. Hiervan waren er 3 Psycho-educatie groepen geassocieerd met andere kaders en slechts 2 waren Multifamiliale Psychoanalyse groepen. Dit aantal is opmerkelijk klein gezien de territoriale dimensie van het land en in vergelijking met de andere deelnemende landen. De redenen voor dit lage aantal, zoals beschreven in het Portugese rapport, worden voornamelijk toegeschreven aan problemen bij het verspreiden van de vragenlijst. Daarnaast kan institutionele weerstand tegen therapeutische benaderingen die afwijken van het conventionele psychiatrische/orthodoxe perspectief, vaak nauw verbonden met farmacologie, bijdragen aan het gebrek aan reacties op de vragenlijsten. Hoewel het bestaan van psycho-educatieve MFG's in verschillende Portugese

instellingen wordt erkend, blijft het onduidelijk of deze groepen meer dan één generatie omvatten.

In termen van institutionele weerstand, rapporteerde Italië externe obstakels te hebben ondervonden, met vermelding van een reeks uitdagingen binnen de institutionele context. Ook België benadrukt dat externe moeilijkheden bij het implementeren van Multifamiliale Groepen (MFG's) voornamelijk op organisatorisch niveau liggen. Het is daarom essentieel om rekening te houden met deze culturele en ideologische institutionele uitdagingen. Investeren in de juiste training, die zich richt op de cultuur en werking van de context van geestelijke gezondheidszorg en ondersteuning, kan helpen om 'gesloten geesten' te overwinnen (Garcia Badaracco 2009). Dergelijke inspanningen hebben het potentieel om perspectieven te verbreden en de acceptatie van de innovatieve benadering van multifamiliale groepen voor psychoanalyse te vergemakkelijken.

Wat de kenmerken van de groepen betreft, zijn er in België aanzienlijke verschillen tussen de gewesten Vlaanderen en Wallonië. Deze verschillen hebben betrekking op therapeutische kaders, methodologieën, doelgroepen, settings en vormen van doorverwijzing. Ondanks deze regionale verschillen zijn alle deelnemers aan de MFG, zowel het technische team als de gezinsleden, het erover eens dat de MFG een paradigmaverschuiving in de geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigt, waarbij de familie een prominente rol inneemt en psychopathologie wordt behandeld binnen een relationele/familiale context.

De training van begeleiders kwam naar voren als een zeer belangrijk aspect dat unaniem erkend werd door alle partners. Terwijl er een gemeenschappelijke basis bestaat in de multifamiliale psychoanalysegroepen in de vier landen, werden er verschillende operationele benaderingen waargenomen. Dit verschil onderstreept de behoefte aan een uitgebreide training die prioriteit geeft aan individuele training van begeleiders, teamwork stimuleert en rekening houdt met de sociaal-culturele context waarbinnen MFG's opereren.

Er was consensus over de dringende noodzaak om specifieke en degelijke trainingsprogramma's op te zetten voor MFG-begeleiders. Dit sluit aan bij een andere hoofddoelstelling van het project: het versterken van de rol en de figuur van MFG-begeleiders binnen de arbeids- en geestelijke gezondheidssector. Het doel is om een Europees opleidingsprogramma te ontwerpen dat gebaseerd is op essentiële vaardigheden en competenties, puttend uit de gezamenlijke ervaringen van de partners. Een training voor MFG-begeleiders moet niet alleen de essentiële vaardigheden omvatten, maar ook de aanpassing van de cursussen aan de verschillende academische achtergronden en klinische ervaringen van de zorgprofessionals die het team vormen. Bij het ontwikkelen van trainingsprogramma's is het cruciaal om niet alleen rekening te houden met het gewenste profiel van een begeleider, maar ook met de verschillende vaardigheden van de kandidaten. Alle partners waren het eens over het belang van het opleiden van MFG-begeleiders en benadrukten dat de ontwikkeling van hun competenties geworteld moet zijn in een degelijke theoretische en technische opleiding, met een ervaringsgerichte klinische component. Dit thema zal verder worden uitgewerkt in de volgende fasen van het project.

De praktijk van debriefing tussen therapeuten die deelnemen aan Multifamiliale groepen (MFG's) na groepssessies werd geïdentificeerd als een gangbare praktijk in alle landen. Deze debriefing dient als hulpmiddel voor analyse en reflectie en draagt bij aan de voortdurende verfijning van technieken en methodieken. Bovendien wordt het gezien als een waardevolle leeraanvulling voor therapeuten in opleiding. In termen van de toegevoegde waarde van MFG's wordt er duidelijk de nadruk gelegd op het belang van de aanwezigheid van meer dan één generatie. Dit wordt gezien als een voordeel van deze groepen en als een effectieve strategie voor het oplossen van familieconflicten. De aanwezigheid van meerdere generaties brengt de betrokken elementen tegenover elkaar in de aanwezigheid van de groep, die dient als een veilige, empathische en ondersteunende entiteit.

In een Multifamiliale groep heeft iedereen er baat bij, inclusief gezinnen, zorgverleners en instellingen. De MFG dient als de brug die de instelling verbindt met de gemeenschap en creëert een plek waar individuen kunnen samenkomen, wederzijdse steun kunnen delen en solidariteit

kunnen ervaren. Alle deelnemers en familieleden waren het erover eens dat MFG's aansluiten bij een paradigmaverschuiving op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, waarin de familie een prominente positie inneemt, naast de patiënt en zorgverleners. Deze verschuiving draagt bij aan het minimaliseren van stigma en het vergroten van ieders gezonde potentieel.

De tot nu toe verzamelde informatie wijst op een wijdverspreide implementatie van MFG's in de vier landen. Dit biedt de mogelijkheid om de methodologie verder te ontwikkelen en het bereik van deze interventie in familiale gezondheid uit te breiden naar een nog grotere populatie. Om dit te bereiken is het nodig om informatie te verspreiden over het bestaan van Multifamilie groepen en om gespecialiseerde technici op te leiden.

## BIJLAGEN

### BIJLAGE 1 - Italiaanse en internationale bibliografie vertaald in het Italiaans

#### **Italiaanse bibliografie**

AA.VV., (2017) *Tra il Dire e il Fare, esercizi di Psicoanalisi Multifamiliare*, Il Vaso di Pandora, Vol XXV, Erga Edizioni.

<https://erga.it/catalogo/il-vaso-di-pandora-vol-xxv-n-2-2017/>

AA.VV. (2008) *Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo -coppia - famiglia, Interazioni*, Franco Angeli 29,1. - <https://doi.org/10.3280/INT2008-001001>

Garcia Badaracco J.G. (2004), *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri. <https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/><https://libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Garcia Badaracco, J.G. (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. Interazioni, Franco Angeli

<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Garcia Badaracco J.G. (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli. <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Garcia Badaracco J.G. - A. Narracci (2011), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone.

<https://www.ibs.it/psicoanalisi-multifamiliare-in-italia-libro-jorge-e-garcia-badaracco-andrea-narracci/e/9788895283692>

Barone R.(2020) *Teorie e pratiche mentali di comunità dialogiche Benessere e democratiche*, Franco Angeli .

Bello F., Tombolini L., (2018) *Essere in gruppo*, FrancoAngeli.

<https://www.francoangeli.it/Libro/Essere-in-gruppo.-Modelli-e-interventi?Id=24402>

Boccaro, P., *Psicoanalisi nelle Istituzioni*. Intervista ad Andrea Narracci, *Psiche*, 7(2), 579-592.

Bruschetta, S., Barone. R. (2014). Gruppi di psicoanalisi multifamiliare per l'età pre-adolescenziale (GPMF/10-13 anni). *Rivista Plexus*, 8.

Bruschetta S. (2014). Il Gruppo di psicoanalisi multifamiliare per il trattamento di minori con grave patologia mentale in Comunità Terapeutica, *Rivista Plexus*, 9.

Canevaro, A., Bonifazi, S. (2011). *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*. Armando Editore.

[https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?lgw\\_code=1122-B9788860818713&gclid=EAlaIqobChMlWl\\_4z4bj\\_QIVUguiAx2NzgAZEaQYASABEgKM1fD\\_BwE](https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?lgw_code=1122-B9788860818713&gclid=EAlaIqobChMlWl_4z4bj_QIVUguiAx2NzgAZEaQYASABEgKM1fD_BwE)

Coderoni G., *Il Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare per l'Età Evolutiva come garante meta nella prevenzione del malessere sociale in adolescenza*, Psicoanalisi sociale.

<https://www.psicoanalisiiesociale.it/il-gruppo-psicoanalitico-multifamiliare-per-leta-evolutiva-come-garante-meta-nella-prevenzione-del-malessere-sociale-in-adolescenza-giovanni-coderoni/>

Falloon Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, - Erickson

[https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloonian/e/9788879460828?qclid=EAAlaQobChMI3cyznrXm\\_QIV4CoGAB0m2QPCEAAAYAiAAEgLclfD\\_BwE](https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloonian/e/9788879460828?qclid=EAAlaQobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAAYAiAAEgLclfD_BwE)

Gargano, M.T., Serantoni, G., Ceppi, F., D'Alema, M., Ferraris, L., Innocente, P., Lanzi, F., Narracci, A., Russo, F., & Venier, M. (2016). *Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: Risultati preliminari di uno studio empirico*. Rivista di Psichiatria, 51(4), 135-142.

Grossi, L., Gómez, F. (2018) Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3.

Lampronti, L., Domenichetti, S.. *Relazioni di cura: Dal rapporto individuale ai gruppi terapeutici e multifamiliari. L'esperienza in un Servizio di Salute Mentale*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 16-2018.

Mondelbaum E., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.

<https://www.libreriauniversitaria.it/teoria-pratica-gruppi-multifamiliari-punto/libro/9788897142843>

Narracci, A., Antonucci A., (2022). *I principali punti di riferimento teorici della Psicoanalisi Multifamiliare*, Interazioni , Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/INT2022-001004>

Narracci, A., Cammarota, A., Fiori, G., & Rainer, M. L. (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione. Per un coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti della salute mentale: Pazienti, familiari e operatori*. Mondadori Bruno.

Narracci, A., Ceppi F. (2011). *In ricordo di Jorge E. Garcia Badaracco, Terapia Familiare*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/TF2011-095009>

Narracci A., *La Psicoanalisi Multifamiliare e il cambiamento: Istituzioni, operatori, persone*, Interazioni, 46/2017.

<https://www.psicoanaliscoppiaefamiglia.it/interazioni/826-2/>

Narracci, A. (2009). *L'uso della psicoanalisi multifamiliare con i pazienti in diversi contesti di cura: Interazioni*, 2008/1. <https://doi.org/10.3280/INT2008-001005>

Narracci A. (2015) *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto, Antigone* , <https://www.libroco.it/dl/aa.vv/Antigone-Edizioni/9788898205240/Psicoanalisi-multifamiliare-come-esperanto/cw590123056747868.html>

Neri C., (2021) *Il gruppo come cura* - Raffaello Cortina

<https://www.raffaellocortina.it/scheda-libro/claudio-neri/il-gruppo-come-cura-9788832853148-3473.html>

Tirelli M, Mosconi A, Gonzo M, (2016) *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo*, Franco Angeli.

<https://www.libraccio.it/libro/9788891729262/manuela-tirelli-andrea-mosconi-mauro-gonzo/manuale-di-psicoterapia-sistemica-di-gruppo.html>

Veltro F. e coll.,(2014) *Manuale per l'intervento psicoeducativo multifamiliare basato sul problem solving*, Alpes ed.

<https://www.riabilitazionepsicosociale.it/manuale-per-lintervento-psicoeducativo-multifamiliare-basato-sul-problem-solving-di-franco-veltro-e-coll-alpes-ed-2014/>

Patussi, V., Ceccanti, M., Codenotti, T., Fanucchi, T., & Magri, G. (z.d.). *Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*.

Tabasso, C., Franco, L. D., Neri, G., Paciucci, G., & Vaccaro, M. V. (2017). *Dialoghi tra istituzioni, Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare e stanza d'analisi*. Interazioni, Franco Angeli, 2017/2,

<https://doi.org/10.3280/INT2017-002005>

### **Internationale bibliografie vertaald in het Italiaans**

Garcia Badaracco J.G.(2004), *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri.  
<https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/><https://libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Garcia Badaracco, J.G. (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. Interazioni, Franco Angeli  
<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Garcia Badaracco J.G. (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli. <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Erickson

[https://www.ibs.it/intervento-psychoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?qclid=EA1aIQobChMI3cyznrXm\\_QIV4CoGAB0m2QPCEAAYAiAAEqLclfD\\_BwE](https://www.ibs.it/intervento-psychoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?qclid=EA1aIQobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAYAiAAEqLclfD_BwE)

Grossi, L., Gómez, F. (2018) *Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3.*

Mondelbaum E., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.



## BIJLAGE 2 - Belgische bibliografie (Frans)

### Belgische bibliografie (Frans)

- Almosnino, A. (2003, mei). *De multifamiliale therapie (TMF)*. 6ième congrès du GREPFA, Annecy, Frankrijk. <https://www.grepfa.fr/download.php?lng=fr&pg=65&ppt=1>
- Almosnino, A. (2004). Thérapie multifamiliale. In *Guérir les souffrances: 50 specialisten geven antwoord* (pp. 806-813). PUF Parijs.
- Bacqué, M.-F., Bertschy, G., Nicot, C., Beraldin, R., Thévenot, A., & Metz, C. (z.d.). Un dispositif multi-groupe original en France. Articulation d'un grand groupe de partage d'expériences et de petits groupes thérapeutiques. *Therapeutische en vormende actie. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 163-175.
- Garcia Badaracco, J. G. (1999). *Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple*. PUF Parijs.
- Garcia Badaracco, J. G. (2003). *Psychanalyse multifamiliale*. In de pers.
- Garcia Badaracco, J. G. (2007). Psychanalyse multifamiliale: Comment soigner à partir de la 'virtualité saine'? In *Thérapies multifamiliales* (pp. 81-112). Erès.
- Benoit, J. C., Daigremont, A., Kossmann, L., Pruss, P., & Roume, D. (1980). Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. *Annales Médico-psychologiques*, 192(10), 1253-1259.
- Bonneton, S. (z.d.). Partenariats écoles-secteur infanto-juvénile: Quel impact on la trajectoire d'enfants qui présentent des difficultés psychiques? *Enfances & Psy*, 84(4), 56-60.
- Bromet-Camou, M. (1996). Approche systémique du désir d' enfant: Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. *Thérapie familiale*, 17(1), 69-76.
- Brunaux, F., & Cook-Darzens, S. (z.d.). La thérapie multifamiliale Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ? *Thérapie familiale*, 29(1), 87-102.
- Carpentier, L., Bardou, D., & Urbain, J. (z.d.). "Savate bien?", mise en place d'un atelier thérapeutique parents-adolescents dans deux structures de soins du Grand Ouest. *Thérapie familiale*, 43(1), 65-78.
- Cassen, M., & Delile, J.-M. (z.d.). Familietherapieën en verslavingen: Nieuwe perspectieven. *Psychothropes*, 13(3-4), 229-249.
- Castano Blanco, A. (z.d.). Thérapie multifamiliale psychanalytique Variations sur un thème de García Badaracco. *Le divan familial*, 46(1), 145-158.
- Cazas, O. (1994). Groupe de parole avec les familles en pratique psychiatrique. *Annales de psychiatrie*, 9(3).
- Chambon, O., Deleu, G., & Marie-Cardine, M. (2004). Approche psychoéducative de la famille dans la psychose chronique. In *Guérir les souffrances familiales: 50 spécialistes répondent* (pp. 705-728). PUF Parijs.
- Cook-Darzens, S. (2007a). *Thérapies multifamiliales*. Erès. <https://www.cairn.info/therapies-multifamiliales--9782749207094.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (2007b). *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*. Eres.
- Cook-Darzens, S. (2014). Multifamiliaire groepen en oudergroepen. In *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 233-256). Erès.

- Cook-Darzens, S. (2016). Les thérapies multifamiliales (TMF). In *Les thérapies de couple et de famille Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga. <https://www.cairn.info/les-therapies-de-couple-et-de-famille--9782804703158.htm>
- Cook-Darzens, S. (2022). *Multifamiliale benaderingen*. Erès. <https://www.cairn.info/approches-multifamiliales--9782749274720.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (z.d.). Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent: Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*, 29, 51-57.
- Cook-Darzens, S., & Criquillion-Doublet, S. (2022). *Les Thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires*. Elsevier.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.-J., Bergametti, F., & Mouren, M.-C. (z.d.). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.
- Criquillion-Doublet, S., & Laugier, F. (z.d.). Les groupes de familles de patients ayant un trouble des conduites alimentaires. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. <http://www.sfff.net/wp-content/uploads/2016/07/Criquillion-Doublet-S-les-groupes-de-familles-de-patients-ayant-un-trouble-des-conduites-alimentaires.pdf>
- Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A., & Antoine, C. (z.d.). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches: Une revue de la littérature. *Psychothropes*, 15(3), 93-111.
- Diatkine, G. (z.d.). Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple' van Jorge García Badaracco. *Revue française de psychanalyse*, 65(1), 279-288.
- Diatkine, G. (z.d.). L'équipe thérapeutique. *Perspectives Psy*, 51(3), 256-262.
- Doba, K., & Nandrino, J.-L. (2015). Les thérapies familiales systémiques dans l'accompagnement de l'anorexie mentale: Évaluation du fonctionnement familial et de l'efficacité des thérapies familiales. In *L'Anorexie mentale* (pp. 285-321). Dunod.
- El Farricha, M. (2001). La thérapie sociale multifamiliale. *Générations*, 24, 17-21.
- Elkaïm, M. (1979). Thérapie multifamiliale avec des familles présentant des problèmes communs et appartenant au même milieu socio-économique et culturel. In *Thérapies familiales, institutions, quartiers*. Gamma.
- Framo, J. L. (1979). Thérapie de couple en groupe. In *Techniques de base en thérapie familiale* (pp. 153-170). Delarge.
- Frankhauser, A. (2015). *Thérapie multifamiliale et schizophrénie: Comment complexifier les représentations* [Médecine Lyon]. [https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/bbdda2b6-a251-4076-92cd-df575eddb931/blobholder:0/THm\\_2015\\_FRANKHAUSER\\_Adeline\\_Elisabeth.pdf](https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/bbdda2b6-a251-4076-92cd-df575eddb931/blobholder:0/THm_2015_FRANKHAUSER_Adeline_Elisabeth.pdf)
- Gammer, C. (z.d.). Revue des livres-Titre recensé: 'Thérapies multifamiliales: Des groupes comme agents thérapeutiques', Solange Cook-Darzens (sous la dir. De), Éditions Érès, Ramonville St-Agne (2007). *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 261-268.
- Garcia Menendez, J., Bossuroy, M., & Moro, M. R. (z.d.). De pont der talen. De multifamiliale groep "Langues". *Cliniques Méditerranéennes*, 103(1), 107-120.
- Gelin, Z. (2016). *La Thérapie Multifamiliale Basée sur la Famille comme traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent Etude d'un processus thérapeutique* [UMons]. [https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Gelin/publication/315837790\\_La\\_therapie\\_multifamiliale\\_basee\\_sur\\_la\\_famille\\_comme\\_traitement\\_de\\_l'anorexie\\_mentale\\_de\\_l'adolescent\\_Etude\\_d'un\\_processus\\_therapeutique/links/58eb5](https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Gelin/publication/315837790_La_therapie_multifamiliale_basee_sur_la_famille_comme_traitement_de_l'anorexie_mentale_de_l'adolescent_Etude_d'un_processus_therapeutique/links/58eb5)

[58ba6fdcc96576754ac/La-therapie-multifamiliale-basee-sur-la-famille-comme-traitement-de-lanorexie-mentale-de-ladolescent-Etude-dun-processus-therapeutique.pdf](https://www.researchgate.net/publication/324284205/figure/fig1/figure-pdf/58ba6fdcc96576754ac/La-therapie-multifamiliale-basee-sur-la-famille-comme-traitement-de-lanorexie-mentale-de-ladolescent-Etude-dun-processus-therapeutique.pdf)

- Gelin, Z., Bzurovski, J., Simon, Y., & Hendrick, S. (z.d.). Thérapie multifamiliale et rite de passage: Quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, 35(4), 463-473.
- Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (z.d.). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie? *Thérapie familiale*, 36(1), 133-147.
- Harf, A., Sibeoni, J., Genis, C., Crandclerc, S., Hellier, E., Minassian, S., Roué, A., Snegaroff, C., Skandrani, S., & Moro, M. R. (z.d.). Une nouvelle proposition de soins pour les refus scolaires anxieux à l'adolescence: La thérapie multifamiliale. *La psychiatrie de l'enfant*, 65(1), 37-51.
- Hiers, S. (z.d.). L'enfant en crise et la fonction du groupe multifamilial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 76(1), 89-101.
- Hiers, S. (z.d.). Aanwezigheid op afstand en co-aanwezigheid. Une séance de psychothérapie multifamiliale animée par Skype. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70(1), 115-126.
- Igdot, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. *Thérapie familiale*, 4(1), 81-97.
- La Belle, F. (z.d.). Vue d'ailleurs et autrement Le comment. *Psychotropes*, 13(3-4), 267-274.
- Lafaye, G. (2014). Familiale benaderingen. In *Verslavingen en comorbiditeiten*. Dunod. <https://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011-page-385.htm?contenu=plan>
- Laqueur, H. P. (1973). Thérapie multifamiliale: Vragen en antwoorden. In *Techniques de base en thérapie familiale*. Delarge.
- M'Bailara, K., & Gard, S. (z.d.). Un groupe de psychoéducation pour les patients bipolaires et leurs entourage. *Le journal des psychologues*, 313(10), 42-45.
- Marchand, D. (z.d.). "À propos de la parution de l'ouvrage Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Érès, coll. Relations', 2007: Ontmoeting met Solange Cook-Darzens ". *Santé mentale au Québec*, 33(1), 157-167.
- Martin, B., Rochet, C., Félus, D., & Félus, M. (2014). Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique. *L'information psychiatrique*, 90(6), 477-484.
- Mascaro Masri, N. (z.d.). Hommage aan Jorge García Badaracco. *Le divan familial*, 26(1), 165-168.
- Miermont, J. (2002). L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliale de William R. MacFarlane Introduction et commentaires. *Thérapie familiale*, 23(2), 105-120.
- Miermont, J. (z.d.). Thérapies familiales et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 75-83.
- Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Meynckens-Fourez, M. (2005). Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles. *Thérapie familiale*, 4(26), 365-390.
- Mille, C., Boudailliez, B., & Naepels, B. (z.d.). Groupes d'anorexiques, groupes de parents: Penser le trouble ensemble et autrement? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 417-426.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Meervoudige gezinstherapie en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author)

- Narraci, A. (2012). De groep voor multifamiliale psychanalyse (GPMF). In *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* (pp. 115-123). Erès. <https://www.cairn.info/quels-toits-pour-soigner-les-personnes-souffrant--9782749216218-page-115.htm?contenu=plan>
- Onderwater, K., & Molders, H. (2001). Multiloog een landelijk initiatief voor een betere communicatie. *Génération*, 23.
- Podlipski, M.-A., Laviolle, J., Gonzales, B., Georgin, C., Leclerc, S., Lasfar, M., Dubos, C., Bazin, K., Gayet, C., Marguet, C., & Gerardin, P. (z.d.). Le repas familial thérapeutique Un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles. *Perspectives Psy*, 54(1), 20-29.
- Rabain, N. (2014). *Scarifications à l'adolescence et groupes thérapeutiques multifamiliaux*. Internationaal colloquium van Athènes, Athènes, Griekenland. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01445730>
- Rabain, N. (2015). *L' adolescent, ses parents et la psychanalyse multifamiliale* [Sorbonne Paris Cité]. <https://www.theses.fr/2015USPCC019>
- Rabain, N. (2018). *Psychanalyse multifamiliale et roman familial de l'adolescent*. VIIIe Congrès International de l'AIPCF, J, Lyon. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02533827/document>
- Rabain, N. (2019). *Groupes thérapeutiques multifamiliaux Expériences internationales Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03776868>
- Rabain, N. (z.d.). Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France. *Le divan familial*, 46(1), 159-171.
- Rabain, N. (z.d.). La psychanalyse multifamiliale pour adolescents à Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Rabain, N. (z.d.). Les adolescent-e-s transgenres et leurs parents Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse*, 30(2), 140-146.
- Rabain, N. (z.d.). Pourquoi la psychanalyse multifamiliale? *Enfances & Psy*, 79(3), 32-39.
- Rabain, N., Bourvis, N., & Cohen, D. (z.d.). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 317-323.
- Rabain, N., Briancesco, M. E., Ragatke, S., & Toporosi, S. (z.d.). De la mise en scène à la mise en récit: Confrontation intergénérationnelle et psychanalyse multifamiliale. *Dialogo*, 236(2), 31-47.
- Roques, M., Rousselet, C., & Sinanian, A. (z.d.). Théâtre de l'opprimé et groupe multifamille: Un dispositif de prise en charge original. *Le journal des psychologues*, 382(10), 31-37.
- Salem, G. (1985). L' approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 136(6), 67-71.
- Salem, G. (2001). Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clefs pour la thérapie multifamiliale. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. <http://www.sfff.net/wp-content/uploads/2016/07/Salem-G.TMF.pdf>
- Sauvaget, O., & Smaniotto, B. (z.d.). Anorexie et relations incestuelles. *Bulletin de psychologie*, 524(2), 159-165.
- Schiavone, A. (z.d.). *La thérapie multifamiliale: En quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale ?* [UCLouvain]. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:3087>
- Sciffet, D. (2020). *Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale*. [Université de Lille - faculté de médecine]. [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM211.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM211.pdf)

- Sheffield, M. (z.d.). Groupes multifamilles avec des patients abuseurs de substances et leurs enfants: Programme de développement et résultats. *Générations*, 23, 17-20.
- Tamian, I. (2017). Gezin en alcohol. In *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique Approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance*. Sociale geschiedenis. <https://www.cairn.info/le-conjugal-et-le-familial-face-a-la-problematique--9782367171067.htm>
- Woodbury, M. A., & Woodbury, M. (1969). Psychiatrie communautaire à Paris: Création d'un service pilote d'urgence, d'hospitalisation à domicile, et de thérapie familiale dans le treizième arrondissement. *L'information psychiatrique*, 45(10).
- Zanouy, L., M'Bailara, K., & Minois, I. (2013). Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte. *Tijdschrift voor psychologen*, 313(10), 37-41.

## BIJLAGE 3 - Belgische bibliografie (Nederlands)

### Belgische Bibliografie (Nederlands)

- Cornelis, E., & Lemmens, G. (2016). *De effectiviteit van groepsgezinstherapie bij psychiatrische aandoeningen: Een review* [Ugent]. [https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/773/RUG01-002272773\\_2016\\_0001\\_AC.pdf](https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/773/RUG01-002272773_2016_0001_AC.pdf)
- Hilliger, E. (z.d.). Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen. *Systeemtherapie*, 25(2). [https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/ST-25-2-57/Meergezinsbehandeling-voor-veteranengezinnen](https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-25-2-57/Meergezinsbehandeling-voor-veteranengezinnen)
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland De Tijdstroom; [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:528924?i=17&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:528924?i=17&q=%22M+Heireman%22&search_field=author)
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2014). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland De Tijdstroom; [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:5848811?i=5&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:5848811?i=5&q=%22M+Heireman%22&search_field=author)
- Lemmens, G., Heireman, M., Naeyaert, E., & Sabbe, B. (1999). Familiediscussiegroep: Een netwerk van verbindingen. *Tijdschrift voor familietherapie*, 6(2), 21-34. [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522306?i=15&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522306?i=15&q=%22M+Heireman%22&search_field=author)
- Lemmens, G., Heireman, M., & Sabbe, B. (2001). Familiediscussiegroepen: Methodiek en processen. *Systeemtherapie*, 13(2), 72-85. [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523056?i=11&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523056?i=11&q=%22M+Heireman%22&search_field=author)
- Lemmens, G., Migerode, L., Heireman, M., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2006). Therapeutische factoren in groepsgezinstherapie bij depressieve patiënten en hun partners. In *Als liefde niet volstaat*. Leuven Lannoo Campus; [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523654?i=9&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523654?i=9&q=%22M+Heireman%22&search_field=author)
- Migerode, L., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Lemmens, G. (2006). Groepsgezinstherapie met opgenomen depressieve jongvolwassenen en hun gezin. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32, 150-160.

- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Meervoudige gezinstherapie en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. [https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search\\_field=author](https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author).
- Overbeek, M., Gudde, L., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multiprobleemgezinnen in intensieve specialistische meergezinstherapie: Een theoretische beschrijving en verslag van een casestudy. *Gezinstherapie wereldwijd*, 32, 409-424.
- Van Tricht, K., Lemmens, G., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie bij verslaafden binnen een urgentiepsychiatrische dienst'. *Systeemtherapie*, 20(1), 5-19.
- Vanhooren, F., Simons, A., Janssens, A., Glazemakers, I., & Deboutte, D. (z.d.). Multi Familie Dagbehandeling (MFD) bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa: Een pilootstudie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 38(1), 14-30.

## BIJLAGE 4 - Spaanse bibliografie

### Spaanse bibliografie

- Arroyo Guillamón, R. (s. f.). Los poderes del trabajo multifamiliar. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Ayerra, José María. (2019). El Grupo Multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136).
- Ayerra, José María y López Atienza, José L. (s. f.). *El Grupo Multifamiliar: Un espacio sociomental*.
- Bar, Graciela. (s. f.). Multifamiliar por sistema de video-conferencia. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Berardinis, Massimo. (2019). Los Grupos Multifamiliares. *Área 3*, 23, 1-12.
- Blanqué, Joan Manel. (2005). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis*, 10, 25.
- Dobner, Gabriel. (2014). *Repensando el psicoanálisis. Multifamiliares* (Vol. 1-1). Compañía editora de La Matanza.
- Dominguez Vázquez, Iria. (2020). La mente ampliada: Descripción y análisis de un grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 19.
- Estrada, Anna. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: Un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Inf. psiquiátr.*
- García Badaracco, J. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.
- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar* (1ª). Tecnipublicaciones S. A. Colección Continente/Contenido84-86104-30-0.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo* (1ª). Paidós. Psicología Profunda.
- García Badaracco, Jorge. (2005). Psicoanálisis Multifamiliar para curar la enfermedad mental desde la Virtualidad Sana. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXII, 919-936.
- García Badaracco, Jorge. (2012a). ¿Cómo se comienza un grupo multifamiliar? *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 21 a 24.
- García Badaracco, Jorge. (2012b). Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 25 a 34.
- García de Bustamante, Esther. (2012). La función por hacer. Comedia da fare. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 137-146.
- Girau Valero, Gely, Martín Barahona, Paula y Muñoz González, Raul. (2019). El equipo de conducción y su incidencia en el clima emocional del grupo multifamiliar. *Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales*, 23, 9.
- Godinho, P. Centeno M. J. Fialho, T. Neto, I M. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de puertas abiertas: Del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa. *Theorie en praktijk van Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 123 a136.
- Jáñez Álvarez, M. (2021). Análisis de un grupo multifamiliar, desde la perspectiva sociodramática. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 15(2), 419-435.

- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I. (s. f.). *Los GMF: una mirada para la reconstrucción humana del sufrimiento mental*.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I.B. (2003). Tratamiento Multigrupal en la Adolescencia. Exposición y reflexiones de una experiencia clínica realizada a partir de la integración de un grupo pequeño y un grupo multifamiliar. *Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 29.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I.B. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: Su construcción y contribución al cambio. *Iniciativas grupales*, 2(1).
- Manchado Flores, Miguel Angel. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos multi-family. *Trabajo Social Hoy*, 94, 49-73.
- Mandelbaum, Eduardo. (2015). *Teoría y práctica del grupo multifamiliar. Desde el psicoanálisis integrativo* (Vol. 1-1). Ediciones del Candil.
- Marín Arévalo, Arturo. (2016). Explorando el Psicoanálisis Multifamiliar. Reflexiones en torno a la forma de entender el sufrimiento de los pacientes. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 10(1).
- Markez, Iñaki. (2009). De mogelijkheden van een veelzijdige psychoanalyse. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. *Revista Norte de Salud Mental*, 34, 85-93.
- Martínez García de Castro, M. Fernández Gil, J. Perles Rosselló, F. (2020). Vínculos y Palabras en un GMF. *Psicoterapia y meditación. Online tijdschrift <psicoterapia y meditación.com>*.
- Martínez González Alejandro, Bonnel Garcia, Lars, Sempere Pérez, Javier y Fuenzalida Muñoz, Claudio. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. *LASALLE, centro universitario*, 21, 33-60.
- Maruottolo Sardella, C. (2009). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo hipercomplejo. *Avances en salud mental relacional*, 8(2).
- Mascaró Landolfi, Andrés, Juan Mendivil y otros. (2006). El GMF en el contexto de una Escuela de Padres de una Ikastola. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 105 a 115.
- Mascaró Masri, Norberto. (s. f.). Homenaje a Jorge García Badaracco. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. Ziekenhuis Sainte Anne. París. Octubre de 2020. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica. <miradamultifamiliar.com.ar>*.
- Mascaró Masri, Norberto. (2008). Crisis en inhoud: El GMF. En *crisis y contención. Del estrés al equilibrio psíquico. Auteurs José Guimón, Ricardo Dávila, Antonio Andreoli (Eds.)* (Ediciones Eneida. Puntos de Vista/12, p. 252). Eneida.
- Mascaró Masri, Norberto. (2011). La transferencia: Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 10(3).
- Mascaró Masri, Norberto. (2012). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 35 a 43.
- Mascaró Masri, Norberto. (2015). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Contextualizando la experiencia. En *Un cuarto de siglo de Psiquiatría Dinámica. Coördinator José Guimón* (p. 222). Eneida.
- Mascaró Masri, Norberto. (2018). El Grupo Multifamiliar: Un campo dinámico interactivo. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Auteurs: De Castro Oller, M. J.; Gomez Esteban, R.; De La Hoz Martínez, a.* (pp. 155-162). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-61.



- Matthews, S. Spector, C. Suarez Johnson, L. (s. f.). GMF intercultural (MIC): Migración e interculturalidad, encuentros de experiencias subjetivas. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Mitre, María Elisa. (s. f.). *Intervenir en los GPMF: cómo, cuándo, porqué y para qué*.
- Mitre, María Elisa. (2016). *Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan* (Vol. 1-1). Sudamericana.
- Moneo Martín, Florencio. (2008). El Grupo Multifamiliar: Un análisis antropológico. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 3, 41 a 48.
- Murelaga, María Jesús y Barrenetxea, Olatz. (2006). El GMF, instrumento facilitador de la dinámica adolescente. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 127 a 133.
- Narracci, Andrea. (s. f.). *El poder de la vivencia*.
- Palleiro, Eva. (2012). Psicoanálisis Multifamiliar, asambleas y rehabilitación. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 95 a 108.
- Rabin Lebovici, Nicolás, D'Agostino Ermacora, Sebastián, Benaym, Liza y Mascaró Masri, Norberto. (2018). Grupos multifamiliares: Un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente*, 65.
- Rabin Nicolás. (s. f.). Contribución al despliegue del psicoanálisis multifamiliar en Francia. *Le Divan Familial*, 46(1), 159-1712021.
- Ramos, L. De Miguel, S. (2017). Grupo multifamiliar en un hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria. *Avances en salud mental relacional*, 16(1).
- Salomón Martínez, Jesús y Simond Hernán. (2013). *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* (Vol. 1-1). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-52.
- Sempere, Javier. (2012). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. *Grupoanalítica in theorie en praktijk. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 11 a 20.
- Sempere, Javier y Fuenzalida, Claudio. (2017). *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha por todos* (Vol. 1-1). Psimática Editorial, S.L.
- Sempere Pérez, J. (2018). Terapia interfamiliar: Potenciando la terapia multifamiliar a través del grupo multifamiliar. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental* (María Jesús de Castro Oller, Rosa Gómez Esteban y Angela de la Hoz Martínez (editoras), Vol. 1, p. 279). Asociación Española de Neuropsiquiatría-.
- Sempere Pérez, Javier. (2016). *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multlfamilliar* [Tesis (proyecto de investigación)]. de Murcia (Facultad de Medicina).
- Sempere Pérez, Javier, y F., Claudio. (2022). *Interpersoonlijke therapie. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*. (Vol. 1-1). Editorial Desclée De Brouwer.
- Sempere Pérez, Javier, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 5, 93-101.
- Simond, Hernán. (2012). El "Esquema de Articulaciones" de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 45 a 63.
- Soler Sánchez. M.M. (2018). Los grupos multifamiliares en España. En *La Psocoterapia de Grupos en los Servicios de Salud Mental*. (pp. 173-186). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-61.

- Toporosi, S. Regatke, S. Rabin, N. Briancesco, M.E. (2015). Grupo terapéutico multifamiliar con adolescentes: Un dispositivo para que se despliegue la confrontación generacional. *Tijdschrift Topía*.
- Vilariño Besteiro, P. Unzueta Conde, B. Uría Rivera, T. Pérez Franco, C. Guerra Gomez, E. (2019). Aunando esfuerzos: GMF en el abordaje de los trastornos de alimentación. *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud Mental. Colegio de Psicólogos de Madrid*, 10(2), 1-18.
- Visona, Federica. (2017). El grupo de psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia formativa en un contexto terapéutico de hospitalización. *Tijdschrift voor Psychosociale Systemen (Revista on line de Sistemas Sociales)*.

## BIJLAGE 5 - Portugese bibliografie

- Almeida, T. M. C. D., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino?. *Estilos clin*, 46-67.
- Bastos, K. R. P., Mesquita, N., Montenegro, S., Siqueira, G. M., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., ... & Costa, L. F. (2019). Grupo Multifamiliar: Uma proposta de intervenção psicossocial com adolescentes autores de violência sexual. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019* (Vol. 16, No. 1).
- Berwanger, C., Rosa, M. I., & Narvaz, M. (1999). Abuso sexual infantil: compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Texto & contexto enferm*, 330-333.
- Brito, M. L. D. S. (2011). Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia.
- Cabral, R. R. F., & Chaves, A. C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 32-38.
- Caetano, L. A. O., da Silva, F. S., & Silveira, C. A. B. (2017). Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. *Vínculo-Revista do NESME*, 14(2), 84-93.
- Cavalcante, A. B. (2018). Adolescentes com bulimia nervosa e suas famílias: pesquisa e intervenção por meio do grupo multifamiliar.
- Centeno, M. J., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A. L., & Neto, I. M. (2010). A' síndrome das portas abertas'-um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *Vínculo-Revista do NESME*, 7(2), 15-22.
- Cobelo, A. W., & Nicoletti, M. (2019). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos Transtornos Alimentares. *Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar*.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31, 184-187.
- Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Braziliaans Tijdschrift voor Psychiatrie*, 21, 225-230.
- Costa, L. F. (1999). Possibilidade de criação de um contexto educativo: grupos multifamiliares. *Linhas Críticas*, 4(7-8), 159-174.
- Costa, L. F. (2004). Grupos multifamiliares: construindo uma metodologia para a psicologia clínica na comunidade. *Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius*, 123-156.
- Costa, L. F. (2011). Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de adolescentes ofensores sexuais: vergonha e confiança. *Psicologia clínica*, 23, 185-201.
- Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.
- Costa, L. F., & Mejias, N. P. (1998). Reuniões multifamiliares: uma proposta de intervenção em psicologia clínica na comunidade.
- Costa, L. F., & Penso, M. A. (2013). A percepção de profissionais sobre o atendimento a adolescentes ofensores sexuais. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 227-240.

- Costa, L. F., Almeida, M. C. D., Ribeiro, M. A., & Penso, M. A. (2009). Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de abuso sexual. *Psicologia em Estudo*, 14, 21-30.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Almeida, T. M. C. D. (2005). O grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia Usp*, 16, 121-146.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Conceição, M. I. G. (2015). Manual de grupos multifamiliares. *Brasília, DF: Central de Produções Gráficas e Editora*.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & de Almeida, T. M. C. (2006). Nos bastidores da pesquisa: Dificuldades no procedimento metodológico em situações-limite. *Psico*, 37(2).
- Costa, L. F., Penso, M. A., Rufini, B. R., de Alcântara Mendes, J. A., & Borba, N. F. (2007). Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 245-255.
- Da costa, R. F., & de Souza, j. A. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Unifunec científica multidisciplinar*, 2(3).
- da Silva Brito, M. L. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: Uma Forma De Aprender a Viver Com a Esquizofrenia* (Doctoraalscriptie, Universidade de Lisboa (Portugal)).
- de Figueiredo, M. S. (2017). Tecendo histórias, fortalecendo vínculos: a experiência com genogramas em um grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(59), 87-99.
- de Lima, h. G. D. (2006) Grupos multifamiliares como uma possibilidade de intervenção na justiça. Construindo caminhos para a intervenção psicossocial no contexto da justiça. *Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios*, 106.
- De Souza, j. A., & da Costa, r. F. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Anais do fórum de iniciação científica do unifunec*, 3(3).
- FERRARINI, A. (1998). A construção social da terapia: Uma experiência com redes sociais e grupos multifamiliares. *Porto Alegre: Metrópole*.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta médica portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Holzmann, M. E. F. (2006). Jogos espontâneo-criativos nos processos de desenvolvimento da comunicação, autonomia e integração: uma proposta de intervenção sistêmica para grupo multifamiliar em situação de risco.
- Jaeger, M. A. D. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 20-27.
- Maria, A. M. F. P. A., & Pincolini, F. (2017). Grupos multifamiliares para responsáveis de adolescentes em conflito com a lei: Relato de experiência e proposta de intervenção. *Revista SocioEducação*, 1(01), 49-65.
- Moreira, M. S. S. (2004). A dependência familiar. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 83-88.
- Narvaz, M. G. (2010). Grupos multifamiliares: história e conceitos. *Contextos clínicos*, 3(1), 1-9.
- Narvaz, M., Berwanger, C., Moraes, R., & Rosa, M. I. (2000). Seksueel misbruik bij kinderen: Compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 18(9), 31-38.
- Nery, M. D. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16, 305-313.
- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em estudo*, 15, 217-223.

- Nogueira, H. F. (2017). Intervenção psicossocial com famílias de crianças obesas por meio do grupo multifamiliar: vivências e percepções dos participantes.
- Patrão, I., & Rita, J. S. (2013). Intervenção Multifamiliar com Adolescentes com Alterações de Comportamento: Proposta de um Programa de Intervenção. *Psychologie, Gemeinschaft & Gesundheit*, 2(3).
- Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G., & Carreiro, T. C. O. C. (2013). As mães dos adolescentes que cometeram ato infracional social e de natureza sexual. *Interações*, 9(25).
- Penso, M. A., Costa, L. F., de Almeida, T. M. C., & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*, (30), 142-157.
- Penso, M. A., Legnani, V., Costa, L. F., & Antunes, C. (2005). O grupo multifamiliar com famílias de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no contexto da crise. *LF Costa & TMC de Almeida, Violência no cotidiano: do risco à proteção*, 87-105.
- Ponciano, E. L. T., Cavalcanti, M. T., & Féres-Carneiro, T. (2010). Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 43-47.
- Pozzobon, M., & Marin, A. H. (2021). Recursos expressivos e desempenho escolar: intervenção em grupo multifamiliar. *Revista de psicologia (Santiago)*, 30(2), 10-24.
- Ribeiro, M. A., Costa, L. F., Penso, M. A., de Almeida, T. M. C., & Nogueira, H. F. (2010). O grupo multifamiliar em parceria com ação psicossocial forense. *Interação em Psicologia*, 14(1).
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Cavalcante, A. B., & da Silva, M. M. (2013, maart). Obesidade e família: o Grupo Multifamiliar na pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes obesos. In *Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental* [http://www. Psicopatologia\\_fundamental. org/pagina-mesasredondas-712](http://www.Psicopatologia_fundamental.org/pagina-mesasredondas-712). Acesso em (Vol. 20)
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Melo, V. D. A. A., & Valadares, F. S. A. (2013). Pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes com obesidade utilizando a metodologia do Grupo Multifamiliar. *Relações interpessoais e saúde*, 55.
- Santos, L. A. (2014). Terapia cognitivo-comportamental familiar por meio de grupos multifamiliares no tratamento para o transtorno relacionado a substâncias.
- Santos, M. A., Leonidas, C., & de Souza Costa, L. R. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68), 43-58.
- Saraiva, L. F. D. O. (2018). O atendimento a queixas escolares no CRAS. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22, 215-217.
- Seadi, S. M. S. (2007). *A terapia multifamiliar e a dependência química* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21, 363-378.
- Soares, L. V., & Penso, M. A. (2014). Proposta de intervenção com grupo multifamiliar com famílias nomeadas pela escola como violentas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(2), 15-24.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. D. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 483-492.
- Tapia, L. E. R., Ribeiro, B. D. O. L., & Contel, J. O. B. (2000). Grupo de apoio multifamiliar e avaliação do funcionamento social de pacientes em hospital-dia psiquiátrico universitário. *J. bras. psiquiatr*, 395-398.

- Tavares, A. S., Mesquita, N., & Montenegro, S. (2019). Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(64), 82-104.
- Tommasi, M. C. F. (1996). Uma experiência institucional com grupos multifamiliares no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 33-40.
- Valentin, F. (2018). 'Não é porque eu sou pobre que eu não posso sonhar': contribuições da musicoterapia em um grupo multifamiliar vulnerado pela pobreza.
- Valentin, F., do Nascimento, S. R., Ferreira, E. A. D. B. F., & Teixeira, C. M. F. S. (2015). Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola. *ABRAMD: Compartilhando Saberes*, 72.
- Vilela, L., dos Santos, M. A., de Andrade Moura, F. E. G., Brustelo, T. N. C., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, 11(2), 41-50.
- Zaranza, N. I. D. C. (2008). Autismo e família: estudo dos aspectos familiares e sociais.

## BIJLAGE 6 - Internationale bibliografie

- Asen, E. (2002). Meervoudige gezinstherapie: Een overzicht. *Tijdschrift voor Gezinstherapie*, 24(1), 3-16.
- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (A c. Di). (2019). *Meervoudige Gezinstherapie: The Marlborough Model and Its Wider Applications*. Routledge.
- Asen, E., & Schuff, H. (2006). Psychose en meervoudige gezinsgroepstherapie. *Tijdschrift voor Gezinstherapie*, 28(1), 58-72.
- Asen, K., George, E., Piper, R., & Stevens, A. (1989). Een systeembenadering van kindermishandeling: Management and treatment issues. *Kindermishandeling en verwaarlozing*, 13(1), 45-57.
- Barbagelata, N. (2018). De Multifamilie groep bij Ernstige Psychiatrische Pathologieën. In R. Pereira & J. L. Linares (A c. Di), *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 177-190). Uitgeverij Springer International.
- Baudinet, J., Eisler, I., Dawson, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2021). Multi-gezinstherapie bij eetstoornissen: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2095-2120.
- Borgogno, F. V. (2010). Werken met "moeilijke" patiënten: Een interview met Jorge García Badaracco. *The American Journal of Psychoanalysis*, 70(4), 341-360.
- Borgogno, F. V., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Guglielmucci, F., & Granieri, A. (2015). Massive Trauma in A Community Exposed to Asbestos: Denken en dissociatie bij de bewoners van Casale Monferrato. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 419-432.
- Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245-263.
- Buckmaster, R., Guerin, S., O'Leary, T., & McNulty, M. (2021). Verkenning van familiedynamiek bij volwassenen die zichzelf pijn doen: Een multi-perspectieve benadering. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 43(4), 665-686.
- Castillo, I. G. D., García, S. L., & Balaguer, A. P. (2022). Multifamilie therapie bij eerste episoden van psychose: Een pilotstudie. *European Psychiatry*, 65(S1), S783-S784.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(1), 4-18.
- Domínguez Vázquez, I., Nuño Gómez, L., Freixa Fontanals, N., Hidalgo Arjona, C., Cervera, G., Corominas Díaz, A., & Balcells-Oliveró, M. (2023). Multifamilie therapie in de openbare geestelijke gezondheidszorg: Een pragmatische gerandomiseerde en gecontroleerde studie. *Tijdschrift voor Maritale en Gezinstherapie*, 49(1), 205-221.
- Gale, J., Realpe, A., & Pedriali, E. (2013). *Therapeutische gemeenschappen voor psychose: Filosofie, geschiedenis en klinische praktijk*. Routledge.
- Garcia Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar*.
- García Badaracco, J. E. (2004). Ferenczi: Zijn positie in de psychiatrie. *Internationaal Forum voor Psychoanalyse*, 13(1-2), 93-104.

- Garcia del Castillo, I., López García, S., Pérez-Balaguer, A., Varillas Delgado, D., Fuenzalida Muñoz, C., & Sempere Pérez, J. (2022). Multifamilie therapie bij eerste psychotische episoden: Een pilotstudie. *Psychose*, 0(0), 1-9.
- García, M. P., Barbero, J. A. J., García, S. T., & Sempere, J. (2016). *Terapia Grupal Multifamiliar En El Abordaje De La Problemática Conductual Y Emocional Del Adolescente*.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., & Hendrick, S. (2018). De evidence base voor Meervoudige Gezinstherapie bij psychiatrische stoornissen: Een review (deel 1): Evidence base voor psychiatrische MFT. *Tijdschrift voor Gezinstherapie*, 40(3), 302-325.
- Guglielmucci, F., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Borgogno, F. V., & Granieri, A. (2014). Getraumatiseerde mensen helpen overleven: Een psychoanalytische interventie op een vervuilde locatie. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Guimón, J. (2016). Het overwinnen van het verval van de psychoanalyse in psychiatrische instellingen. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 169-178.
- Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K., & Lemmens, G. M. D. (2011). Therapeutische processen in meergezinsgroepen voor depressie: Resultaten van een interpretatief fenomenologisch onderzoek. *Tijdschrift voor Affectieve Stoornissen*, 134(1-3), 226-234.
- Jewell, T. D., & Lemmens, G. M. (2018). Meervoudige gezinstherapie: Voor altijd veelbelovend? Commentaar op Gelin et al.(2018) en Cook-Darzens et al.(2018), The evidence base for multiple family therapy in psychiatric and non-psychiatric conditions: Een review (deel 1 en 2). *Tijdschrift voor Gezinstherapie*, 40(3), 344-348.
- Kaufman, E., & Kaufmann, P. (1981). Meervoudige gezinstherapie bij drugsverslaafden. In A. J. Schecter (A c. Di), *Drugsverslaving en alcoholisme: Volume 1 Biomedical Issues* (pp. 107-118). Springer VS.
- Kuppersmith, J., Blair, R., & Slotnick, R. (2009). Het trainen van studenten als co-leiders van meergezinscounselinggroepen. *Onderwijs in psychologie*.
- Laqueur, H. P. (1970). Meervoudige gezinstherapie en algemene systeemtheorie. *International Psychiatry Clinics*, 7(4), 99-124.
- Laqueur, H. P. (1973). Meervoudige gezinstherapie: Vragen en antwoorden. *Seminars in Psychiatry*, 5(2), 195-205.
- Laqueur, H. P., & Laburt, H. A. (1964). Family Organization In A Modern State Hospital Ward. *Geestelijke Hygiëne*, 48, 544-551.
- Laqueur, H. P., Laburt, H. A., & Morong, E. (1964). Meervoudige Gezinstherapie. *Huidige psychiatrische therapieën*, 4, 150-154.
- Laqueur, H. P., & Lebovic, D. (1968). Correlation between multiple family therapy, acute crises in a therapeutic community and drug levels. *Diseases of the Nervous System*, 29(5), Suppl:188-192.
- Laqueur, H.P., Wells, C.F., & Agresti, M. (1969). Meergezinstherapie in een staatsziekenhuis. *Hospital & Community Psychiatry*, 20(1), 13-20.
- Leichter, E., & Schulman, G. L. (2015). Interplay of Group and Family Treatment Techniques in Multifamily Group Therapy. *Internationaal Tijdschrift voor Groepspsychotherapie*.
- Lewis N. Foster. (2021). *Peter Laquer, de vader van meervoudige gezinstherapie - het eerste model. - Toespraak aan de Katholieke Universiteit van Leuven in 1977.* <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com/H%20Peter%20Laqueur%20Model%20Of%20MFGT.htm>
- Manso Neto, I., Fialho, T., Godinho, P., & Centeno, M. J. (2010). Behandelen en Trainen: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. *Group Analysis*, 43(1), 50-64.



- Maone, A., D'Avanzo, B., Russo, F., Esposito, R. M., Goldos, B. L., Antonucci, A., Ducci, G., & Narracci, A. (2021). Implementatie van Psychodynamische Meergezinsgroepen voor Ernstige Geestesziekten: A Recovery-Oriented Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- McClendon, R. (1976). Meervoudige gezinsgroepstherapie met adolescenten in een staatsziekenhuis. *Clinical Social Work Journal*, 4(1), 14-24.
- McFarlane, W. R. (2004). *Meergezinsgroepen in de behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen*. Guilford Press.
- Mehl, A., Tomanová, J., Kuběna, A., & Papežová, H. (2013). Aanpassing van multi-familie therapie aan families die zorgen voor een geliefde met een eetstoornis in Tsjechië gecombineerd met een follow-up pilot studie naar effectiviteit. *Tijdschrift voor Gezinstherapie*, 35(S1), 82-101.
- Millard, J., & McLagan, J. R. (1972). Groepswork voor meerdere gezinnen: A Hopeful Approach to the Institutionalized Delinquent and his Family. *Vergelijkende Groepsstudies*, 3(1), 117-127.
- Murburg, M. M., Price, L. H., & Jalali, B. (1988). Ziekte van Huntington: Therapiestrategieën. *Family Systems Medicine*, 6(3), 290.
- Narracci, A. (2018). Een 'brug' tussen psychoanalyse en psychiatrie. In *Psychoanalyse en psychiatrie*. Routledge.
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020a). Effectiviteit van multifamilie therapie voor verstorend gedrag bij adolescenten in een openbare instelling: Een gerandomiseerde klinische trial. *Children and Youth Services Review*, 117(C).
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020b). Effectiviteit van multifamilie therapie voor verstorend gedrag bij adolescenten in een openbare instelling: Een gerandomiseerde klinische trial. *Children and Youth Services Review*, 117, 105289.
- Raasoch, J., & Laqueur, H. P. (1979). Het leren van meervoudige gezinstherapie door middel van gesimuleerde workshops. *Gezinsproces*, 18(1), 95-98.
- Rabain, N. (2017). Meergezinspsychoanalyse voor adolescenten in Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Rabain, N. (2021, december 1). *Transference and Countertransference Dynamics in a Multifamily Group for Transgender Adolescents* (world) [Onderzoeksartikel]. <https://doi.org/10.1521/Prev.2021.108.4.457>; Guilford.
- Rhodes, R. M., & Zelman, A. B. (1986). An Ongoing Multifamily Group in a Women's Shelter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 120-130.
- Ruiz-Íñiguez, R., Carralero-Montero, A., Martínez-González, A., Méndez-Parra, E., Valdés-Díaz, Y., & Sempere, J. (2021). Interfamily Therapy, a multifamily therapy model settled in infant-juvenile mental health services of Havana (Cuba): Een kwalitatieve studie vanuit het perspectief van de deelnemers. *Tijdschrift voor Maritale en Gezinstherapie*, 47(4), 843-863.
- Schaefer, G. (2008). Meervoudige familiegroepstherapie in een afkickcentrum voor drugs en alcohol. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(1), 17-24.
- Scholz, M., & Asen, E. (2001). Meervoudige gezinstherapie met adolescenten met eetstoornissen: Concepten en voorlopige resultaten. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(1), 33-42.
- Scholz, M., Asen, E., Gantchev, K., Schell, B., & Süß, U. (2002). Een familiedagkliniek in de kinderpsychiatrie. Het model van Dresden - concepten en eerste ervaringen. *Psychiatrische Praxis*, 29(3), 125-129.
- Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2021). Interfamilie therapie: Toepassing van dialogische praktijken in de multifamilie groep. In *Open Dialogue for Psychosis*. Routledge.

- Slagerman, M., & Yager, J. (1989). Meervoudige gezinsgroepsbehandeling voor eetstoornissen: een kortdurend programma. *Psychiatric Medicine*, 7(4), 269-283.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systemen, & Gezondheid*, 16(1-2), 55.
- Stuart, B. K., & Schlosser, D. A. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 435-440.
- Tantillo, M., McGraw, J. L. S., & Grange, D. L. (2020). *Multifamily Therapy Group for Young Adults with Anorexia Nervosa: Reconnecting for Recovery*. Routledge.
- Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffo, S., Marino, G., Marazzi, M., Riggio, F., Sangiovanni, L., Scardigli, M. I., & Nicolò, G. (2020). [Cognitief-gedragstherapeutische groepsinterventies en meergezinsgroep Psychoanalyse op een psychiatrische afdeling]. *Rivista di psichiatria*, 55(4), 222-226.
- Wooley, S. C., & Lewis, K. G. (1987). Multi-gezinstherapie binnen een intensief behandelingsprogramma voor boulimia.

## BIJLAGE 7 - Vragenlijst

### MULTI-FAMILIE GROEPEN (MFG)

### IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Beste collega,

Zoals u wellicht hebt vernomen, wordt de rol van families in de mentale gezondheidszorg sterk benadrukt in 'het Europese Actie Plan voor Mentale Gezondheid 2013-2020'. Men streeft hierbij naar de ontwikkeling van nieuwe en moderne interventies, met een wetenschappelijke en empirische basis, en die gebruik maken van een laagdrempelige methode.

Met dit doel voor ogen werd in maart 2022 een ERASMUS+ project goedgekeurd rond 'Multi Family Groups in Mental Health' (FA.M.HE). Het initiatief werd genomen door het Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare (L.I.Psi.M), in samenwerking met Azienda Sanitaria Locale Roma 1, het Universitair Psychiatrisch Centrum Z.Org te Kortenberg, Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa, en Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar (APyF) uit Spanje.

Dit project richt zich op multi-familie groepen met een psycho-educatief of psychotherapeutisch doel, waarin verschillende families samenkomen. Essentieel voor een multi-familie groep is dat er twee generaties worden uitgenodigd: naast de persoon die specifieke zorg nodig heeft is er ook een tweede generatie (ouders, grootouders, kinderen) aanwezig.

Deze studie zal uitgevoerd worden in elk van de deelnemende landen en op internationaal niveau. Het eerste deel van het project bestaat uit een veldonderzoek naar bestaande multi-familie groepen. Een vragenlijst beoogt de methodologie van elke groep in kaart brengen. Vervolgens worden de resultaten van deze bevraging teruggekoppeld en besproken in diverse focus-groepen. Tot slot wordt alle aanwezige literatuur in de landstalen (voor België in het Nederlands en Frans) verzameld.

Het tweede, en hoofddoel van het project bestaat uit de ontwikkeling van een handboek en webplatform over 'Multi-Family Groups in Mental Health'. Dankzij deze open leerruimte voor gezondheidswerkers, opleiders en families zal de kennis, opleiding en het werk met multi-familie groepen niet enkel verbeteren, maar zal ook de uitwisseling van informatie en documenten gemakkelijker worden.

Dank bij voorbaat voor uw deelname.

#### **BELANGRIJK**

**Deze studie is gericht op multi-familie groepen waarop ten minste twee generaties worden uitgenodigd. Deze vragenlijst wilt de bestaande multi-familie groepen in kaart brengen. Om te vermijden dat we dubbele gegevens verzamelen door verschillende co-therapeuten van eenzelfde familiegroep, raden we aan dat de vragenlijst wordt ingevuld door één van de therapeuten.**

E-mailadres \*

## **Geïnformeerde toestemming aan het project 'Multi-familie groepen in de geestelijke gezondheidszorg'**

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Voor de verdere verwerking van de verzamelde gegevens geldt het algemeen belang als rechtsgrond volgens de GDPR. Stopzetting van deelname aan de studie houdt in dat de eerder verzamelde gegevens nog verder rechtsgeldig kunnen worden betrokken in de studie en niet moeten worden verwijderd. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd, met uitzondering aan de leden van het onderzoeksteam.

De gegevens zullen gebruikt worden voor drie doeleinden: 1) voor de studie van bestaande multi-familie groepen in elk van de deelnemende landen; 2) ten dienste van de ontwikkeling van een handboek waarin de karakteristieken van de bestaande MFG worden beschreven, en die zal dienen als basis voor de ontwikkeling van een opleidingsprogramma voor MFG-therapeuten; 3) en voor de ontwikkeling van een webplatform over 'Multi-familie groepen in de geestelijke gezondheidszorg'.

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen, en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

- Ja
- Nee

## **ALGEMENE INFORMATIE**

1. Uw professionele achtergrond
  - Psychiater
  - Psycholoog
  - Verpleging
  - Sociaal werker
  - Andere
    - o Indien u een 'andere' professionele achtergrond hebt, welke?
2. Land en provincie van de institutie/organisatie waar de MFG doorgaat
3. Naam, adres en telefoonnummer van de institutie/organisatie waar de MFG doorgaat
4. Administratieve structuur van deze institutie/organisatie
  - Privé voorziening
  - Publieke voorziening
5. Aard van dienst/instantie die de MFG organiseert
  - Algemeen ziekenhuis (psychiatrische afdeling)
  - Algemeen ziekenhuis (niet-psychiatrische afdeling)
  - Psychiatrisch ziekenhuis
  - Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
  - Onderwijsinstelling
  - Gemeenschapsinstelling
  - Therapeutische gemeenschap
  - Andere
    - o Indien de organiserende instantie van een 'andere' aard, welke?
6. Type van zorg
  - Ambulante zorg

- Dagziekenhuis
- Residentiële zorg binnen een ziekenhuis/organisatie/instelling/gemeenschap
- Residentiële zorg buiten een ziekenhuis/organisatie/instelling/gemeenschap
- Anders:

## **DE MULTI-FAMILIE GROEP**

### **A. IDENTIFICATIE MFG**

7. Naam van de MFG (indien van toepassing)
8. Theoretisch kader van de MFG
  - Psycho-educatief kader
  - Multi-familie psychoanalyse (J.GarciaBadaracco)
  - Systeemtherapeutisch kader
  - Psychodynamisch kader
  - Ander
    - o Indien u vanuit een 'ander' kader werkt, vanuit welk kader?
9. Doel interventies binnen MFG (meerdere zijn mogelijk)
  - Psychotherapeutisch
  - Psycho-educatief
  - Zelf-hulp
  - Steun
  - Counselling
  - Ander

### **B. KARAKTERISTIEKEN VAN HET MFG-TEAM**

(MFG-team = begeleiders, co-therapeuten en andere hulpverleners die vaak aanwezig zijn in de groep)

10. Wat zijn de opleidingsgraden van de leden van het MFG-team?
  - Psycholoog
  - Arts (Psychiater/andere)
  - Andere therapeut
  - Verpleging
  - Maatschappelijk werker
  - Opvoeder
  - Ervaringsdeskundige of familie-ervaringsdeskundige
  - Andere
11. Wat zijn de therapeutische oriëntaties van de leden van het MFG-team?
  - Cognitieve gedragstherapie
  - Systeemtherapie
  - Psychoanalyse
  - Groep-psychoanalyse
  - Andere groepstherapie
  - Psychodynamische therapie
  - Andere
12. Indien er leden van het MFG-team met een 'andere' therapeutische oriëntatie werken, vanuit welke?
13. Samenstelling van het MFG-team
  - 1 groepsleider + co-therapeuten
  - Enkel co-therapeuten (zonder groepleider)

- Anders:
- 14. Indien u werkt met een 'groepsleider', wat is zijn/haar opleidingsgraad en therapeutische oriëntatie?
- 15. Wordt het MFG-team gesuperviseerd, en zo ja: welke vorm van supervisie? (Directe/ Interne supervisie: een externe supervisor is aanwezig IN de groep  
Indirecte / Externe supervisie: "klassieke" supervisie waarbij een externe supervisor NIET aanwezig is in de groep, maar bespreking nadien gebeurt. )
  - Directe/ Interne supervisie
  - Indirecte/ Externe supervisie
  - Geen supervisie
- 16. Is er een intervisie/nabespreking binnen het MFG-team?
  - Ja
  - Nee

### C. KARAKTERISTIEKEN VAN DE DEELNEMERS (die geen deel uitmaken van het MFG-team)

- 17. Is de zorg gericht op een afgebakende leeftijdsgroep?
  - Nee
  - Ja
- 18. Indien 'ja': welke leeftijdsgroep?
  - Kinderen (onder 12 jaar)
  - Adolescenten (van 12 tot 18 jaar)
  - Volwassenen
  - Ouderen
  - Anders:
- 19. Aantal aanwezige generaties in de MFG
  - twee generaties
  - meer dan twee generaties
- 20. Relatie tussen persoon in behandeling en de familieleden (alle mogelijkheden aanduiden)
  - Ouders
  - Kinderen (Zonen/dochters)
  - Andere leden van het kerngezin (inclusief stief-, half-broers/-zussen)
  - Andere familieleden (buiten het kerngezin)
  - Betrokken personen die niet tot de familie behoren
- 21. Indien het een heterogene groep betreft (deelnemers hebben verschillende diagnoses/pathologieën): welke omschrijvingen zijn van toepassing?
  - Niet-psychiatrische problematiek
  - Psychotische stoornis
  - Affectieve stoornis
  - Angststoornis
  - Trauma + stress-stoornis
  - Persoonlijkheidsproblematiek
  - Obsessief-compulsieve stoornis
  - Verslavingsproblematiek
  - Eetstoornis
  - Psycho-somatische problematiek
  - Andere
    - o Indien er een 'andere' omschrijving is, welke?
- 22. Indien het doelpubliek een homogene groep betreft (deelnemers hebben dezelfde diagnoses/pathologieën): welke is de centrale diagnose/pathologie?
  - Niet-psychiatrische problematiek
  - Psychotische stoornis
  - Affectieve stoornis

- Angststoornis
- Trauma + stress-stoornis
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Obsessief-compulsieve stoornis
- Verslavingsproblematiek
- Eetstoornis
- Psycho-somatische problematiek
- Andere
  - o Indien er een 'andere' omschrijving is, welke?

#### D. KARAKTERISTIEKEN VAN DE GROEP

##### 23. Type groep

(Open groep: leden kunnen deelnemen en stoppen op elk moment, de samenstelling varieert doorheen de sessie

Gesloten groep: nieuwe leden kunnen niet meer deelnemen als de groep gestart is

Traag open groep: een vast aantal deelnemers waarbij nieuwe deelnemers kunnen instromen ter vervanging van deelnemers die stoppen)

- Open groep
- Gesloten groep
- Traag open groep
- Anders:

##### 24. Duur cyclus/reeks (aantal sessies - indien van toepassing, bijv. bij gesloten groep)

##### 25. Verloopt de MFG in afgebakende fases (bijv. met de aanwezigheid of afwezigheid van bepaalde deelnemers; volgorde van thema's)?

- Nee
- Ja

##### 26. Indien 'ja': is er een vast/gepland aantal sessies voor elke fase?

- Nee
- Ja

##### 27. Indien 'ja': hoeveel sessies voor elke fase?

##### 28. Zijn de patiënten aanwezig tijdens alle fases?

- Ja
- Nee

##### 29. Indien 'nee': in welke fases worden de patiënten verwacht aanwezig te zijn?

##### 30. Groepsgrootte

- Klein (< 10 deelnemers)
- Gemiddeld (tot 30 deelnemers)
- Groot (> 30 deelnemers)

##### 31. Modaliteit (post-covid)

- Ter plaatse
- Online
- Ter plaatse + Online

##### 32. Frequentie

- Wekelijks
- Tweewekelijks
- Driewekelijks
- Maandelijks
- Anders:

##### 33. Duur bijeenkomst/sessie (in minuten)

34. Moment van de dag
- Tijdens de werkuren
  - Na de werkuren
35. In welk type ruimte gaat de MFG door?
- Therapeutische ruimte
  - Medische ruimte
  - Activiteitenruimte
  - Polyvalente ruimte
  - Online
  - Andere
36. Is deze ruimte 'aangepast' aan de MFG, bijv. op vlak van ruimte/geluidsproof/ comfort?
- Ja
  - Nee
37. Capaciteit van de ruimte - zijn er voldoende stoelen?
- Ja
  - Nee
38. Kunnen de noodzakelijke voorwaarden voor vertrouwelijkheid en confidentialiteit worden gega-randeerd?
- Ja
  - Nee
39. Positionering van de stoelen
- Eén cirkel
  - Concentrische cirkels
  - Aan een tafel
  - In rijen
  - Anders:

### **BESTAAN/CONTINUÏTEIT/DISCONTINUÏTEIT VAN DE MFG**

40. Sinds wanneer bestaat de MFG?
41. Is er in tussentijd een onderbreking geweest in de geschiedenis van de MFG?
- Nee
  - Ja
42. Indien 'ja': omwille van welke redenen is er een onderbreking geweest?
- Fysieke, ruimtelijke beperkingen
  - Gebrek aan personeel/therapeuten
  - Door de pandemie
  - Anders:
43. Indien 'ja': hoelang is er een onderbreking geweest?
44. Heeft deze onderbreking gezorgd voor een verandering in de karakteristieken van de MFG (bijv. van ter plaatse naar online groep, andere ruimte, etc.)?
- Nee
  - Ja
45. Indien 'ja': welke karakteristieken zijn gewijzigd?
46. Modaliteit van de pré-covid groep
- Ter plaatse
  - Online
  - Ter plaatse + online

### **VERWIJZERS VAN DE GROEP**

47. Wie verwijst de patiënten en hun familie die naar de groep komen?



- Interne verwijzers (van binnen de organisatie)
- Externe verwijzers (van andere partners - publiek en privé)

### **OPMERKINGEN EN AANVULLINGEN**

Zijn er belangrijke aanvullingen of opmerkingen die essentieel zijn om de eigenheid van uw groep te beschrijven?

## BIJLAGE 8 - Classificatietabellen voor bibliografisch onderzoek

*Onderwerpen - Theoretische begeleiding*  
*Belangrijkste theoretische oriëntatie*


*Onderwerpen - Praktische toepassing van de multifamilie groep en*


*Interventiecontext*

Soorten contexten: onderwijs, justitie, gezondheid, enz.


*Bevolking-I*

*Leeftijdsgroep*


*Bevolking-II*

*Psychiatrische of niet-psychiatrische aandoeningen populatie*


*Groepen van pathologieën*


## BIJLAGE 9 - Indelingsschema's voor focusgroepen

### INDELINGSTABELLEN FOCUSGROEPEN

#### *Planning focusgroepen*

Landen	FG's	Modaliteit	Duur	Deelnemers / Uitnodigingen	Uitnodigingen	Aanwezig	Moderator / Waarnemers

#### *Focusgroepmethode en -onderwerpen*

Landen	FG's (1, 2, 3, 4)	Methodologie - SWAT-analyse	Onderwerpen/Focuspunten (Vragen)